

ÉTUDE CLINIQUE  
DES  
PIGMENTATIONS DU COU  
DANS LA SYPHILIS

Leuco-mélanodermie et syphilide pigmentaire vraie

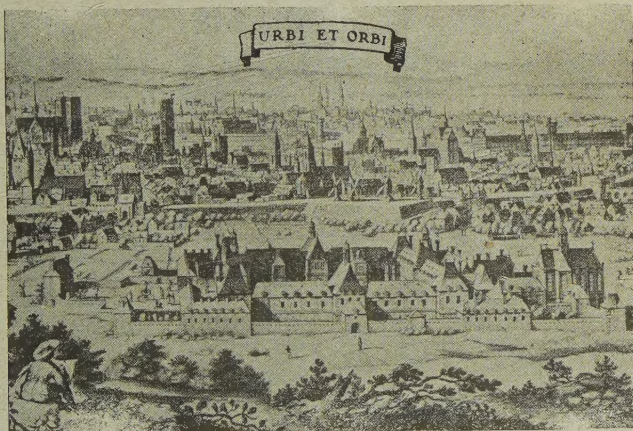
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Lundi 15 Juillet 1907 à 1 heure*

PAR

**P. F. ROBLIN**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris



**L'Hospital Saint-Louis en 1620**

|                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| Président . . . . . | M. GAUCHER, professeur. |
| Juges. . . . .      | MM. ROGER, professeur.  |
|                     | LEGRY, agrégé.          |
|                     | MACAIGNE, agrégé.       |

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS  
G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14



ÉTUDE CLINIQUE  
DES  
PIGMENTATIONS DU COU  
DANS LA SYPHILIS

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| Doyen<br>Professeurs                                                |  | M. DEBOVE<br>MM |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------|
| Anatomie .....                                                      |  | POIRIER         |
| Physiologie .....                                                   |  | CH. RICHET      |
| Physique médicale.....                                              |  | GARIEL          |
| Chimie organique et chimie minérale.....                            |  | A. GAUTIER      |
| Histoire naturelle médicale .....                                   |  | BLANCHARD       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                          |  | BOUCHARD        |
| Pathologie médicale .....                                           |  | HUTINEL         |
| Pathologie chirurgicale .....                                       |  | BRISSAUD        |
| Anatomie pathologique .....                                         |  | LANNELONGUE     |
| Histologie .....                                                    |  | CORNIL          |
| Opérations et appareils .....                                       |  | MATHIAS DUVAL   |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             |  | SEGOND          |
| Thérapeutique.....                                                  |  | G. POUCHET      |
| Hygiène .....                                                       |  | GILBERT         |
| Médecine légale.....                                                |  | CHANTEMESSE     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                     |  | THOINOT         |
| Pathologie comparée et expérimentale .....                          |  | DEJERINE        |
|                                                                     |  | ROGER           |
|                                                                     |  | DEBOVE          |
| Clinique médicale .....                                             |  | LANDOUZY        |
|                                                                     |  | HAYEM           |
|                                                                     |  | DIEULAFOY       |
| Clinique des maladies des enfants.....                              |  | GRANCHER        |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                            |  | GAUCHER         |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ..... |  |                 |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                       |  | JOFFROY         |
|                                                                     |  | RAYMOND         |
|                                                                     |  | LE DENTU        |
| Clinique chirurgicale .....                                         |  | TERRIER         |
|                                                                     |  | BERGER          |
|                                                                     |  | RECLUS          |
| Clinique ophthalmologique .....                                     |  | DE LAPPERSONNE  |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....                     |  | ALBARRAN        |
| Clinique d'accouchements .....                                      |  | PINARD          |
|                                                                     |  | BUDIN           |
| Clinique gynécologique .....                                        |  | POZZI           |
| Clinique chirurgicale infantile .....                               |  | KIRMISSON       |
| Clinique thérapeutique .....                                        |  | ALBERT ROBIN    |

## Agrégés en exercice

| MM.         | MM        | MM        | MM              |
|-------------|-----------|-----------|-----------------|
| AUVRAY      | DESGREZ   | LAUNOIS   | POTOCKI         |
| BALTHAZARD  | DUPRÉ     | LEGRY     | PROUST          |
| BEZANÇON    | DUVAL     | LEGUEU    | RENON           |
| BRANCA      | FAURE     | LEPAGE    | RICHAUD         |
| BRINDEAU    | GOSSET    | MACAIGNE  | RIEFFEL, chef   |
| BROCA ANDRÉ | GOUGET    | MAILLARD  | des trav. anat. |
| CARNOT      | GUIART    | MARION    | TEISSIER        |
| CLAUDE      | JEANSELME | MAUCLAIRE | THIROLOIX       |
| CUNEO       | LABBÉ     | MERY      | VAQUEZ          |
| DEMELIN     | LANGLOIS  | MORESTIN  | WALLICH         |

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ÉTUDE CLINIQUE  
DES  
**PIGMENTATIONS DU COU**  
**DANS LA SYPHILIS**

Leuco-mélanodermie et syphilide pigmentaire vraie

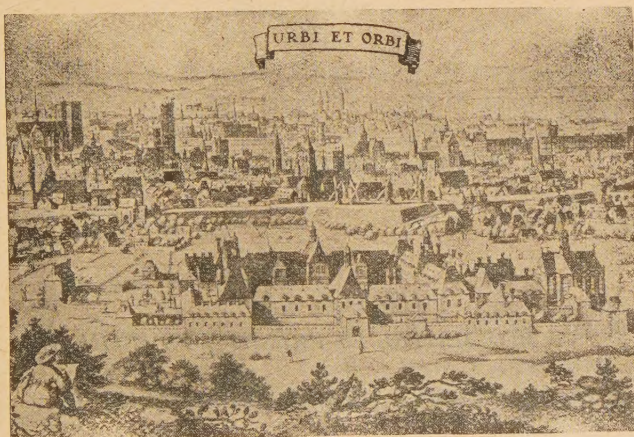
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Lundi 15 Juillet 1907 à 1 heure*

PAR

**P. F. ROBLIN**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris



**L'Hôpital Saint-Louis en 1620**

Président . . . . . M. GAUCHER, professeur.  
Juges. . . . . } MM. ROGER, professeur.  
                              LEGRY, agrégé.  
                              MACAIGNE, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS  
G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

*Hommage de respect et de gratitude*

## INTRODUCTION

Les pigmentations du cou dans la syphilis ! Nous voyons déjà les dermatologistes nous dire avec des yeux étonnés, devant un nouvel ouvrage sur cette question : « Mais, tout a été dit, depuis plus d'un demi-siècle que l'on étudie ce sujet ! Que pensez-vous donc faire ? Vous répéterez des choses que nous connaissons de longue date et que d'autres ont écrites avant vous ! C'est peine perdue ».

A dire vrai, on a beaucoup disserté sur les pigmentations syphilitiques et c'est précisément pour cela qu'on a commis bien des erreurs. Si tous les syphiligraphes y ont exercé leur sagacité, ils ont été amenés par là même souvent à des conclusions sinon fausses, du moins fréquemment fort éloignées de la vérité.

Aussi, aujourd'hui, voulons-nous tenter de mettre un peu d'ordre dans ce qui a été fait, voir ce qu'il faut en retrancher de mauvais et essayer d'adopter une fois pour toutes la signification exacte qu'il convient d'apporter à ce genre de lésions.

Une seule observation, si elle est bien prise, peut servir à formuler une loi générale, dit Claude Bernard dans son « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale » ; mais il s'agit d'abord de la savoir bien prendre, et ensuite de la savoir bien interpréter ; et c'est justement parce que l'on s'est basé sur des observations incomplètement prises et mal interprétées que de graves erreurs ont été commises, de bonne

foi d'ailleurs, dans la valeur qu'il faut attribuer à certaines pigmentations syphilitiques.

Sans conteste, les plus importantes de ces pigmentations sont celles que l'on rencontre plus spécialement sur la région du cou et qui ont reçu tour à tour les noms de « macules syphilitiques » (Pillon), « collier de Vénus » (Hardy), « syphilide pigmentaire » (Hardy et M. Fournier) en France, de « leucoderma syphiliticum » en Allemagne, de « syphilide pigmentaria » en Italie, et de « pigmentary syphilide » en Angleterre et en Amérique.

Ce sont ces pigmentations, seules, que nous avons l'intention d'étudier aujourd'hui, dans ce modeste travail, abordé sans aucune partialité ni idée préconçue, en nous appuyant toujours sur des observations prises aussi complètement qu'on peut le faire du moins en matière de syphilis.

Nous laisserons donc de côté toutes les pigmentations qui peuvent venir après certaines lésions spécifiques, comme les macules brunes, noirâtres, consécutives à la résolution de certaines plaques papulo-squameuses, que l'on a désignées sous le nom de syphilides nigricantes.

Nous ne parlerons pas non plus des cicatrices pigmentées, que laissent souvent après eux les accidents primitifs et les accidents tertiaires, car une étude approfondie et très documentée en a été faite par tous les syphiligraphes, étude d'ailleurs bien complétée ces années dernières par MM. Gémy et Raynaud dans leur *Leucodermie syphilitique chez les indigènes algériens*, et enfin par M. Marcou dans son intéressante thèse de la *Leucodermie syphilitique ou lèpre Kabyle*.

Nous passerons également sous silence les troubles de la pigmentation, analogues à ceux que l'on observe dans un certain nombre d'affections, telles que le paludisme, l'intoxication arsénicale ou alcoolique, la leucémie, le diabète, etc., troubles qui indiquent l'imprégnation de l'économie par un poison microbien, chimique ou dyscrasique.

Notre étude clinique a été faite exclusivement dans le service dermatologique de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis. Il est vrai que peu de services hospitaliers peuvent mieux se prêter à un travail de ce genre, pour lequel il importe de pouvoir suivre le malade depuis l'éclosion de son chancre jusqu'à la constitution définitive de la pigmentation cervicale. Dans cette clinique en effet, à chaque nouveau malade qui arrive pour consulter ou pour entrer dans une salle, il est donné une carte avec un numéro d'ordre, correspondant à une fiche individuelle. Sur cette fiche, on inscrit l'histoire entière de sa maladie avec le traitement donné, et chaque fois qu'il revient les résultats obtenus et les nouveaux accidents qui ont pu se produire.

Avec cette méthode, nous avons pu remarquer assez exactement l'apparition des pigmentations du cou dans le cours de la syphilis et en tirer, d'une façon à peu près certaine, les lois qui président à leur formation.

Certes, bien des malades n'ayant plus d'accidents spécifiques et se croyant guéris ne se représentent que très longtemps après, porteur d'une nouvelle éruption ou d'une nouvelle gomme, mais néanmoins la quantité d'observations mises à notre disposition est, croyons-nous, largement suffisante pour mener notre travail à bonne fin et pour poser des conclusions fermes.

Toutefois on pourra nous adresser un reproche, c'est de ne pas faire d'une façon personnelle l'anatomie microscopique des lésions que nous examinons.

A cela nous répondrons que notre titre comprend seulement l'« étude clinique » de la question et que d'ailleurs, de parti pris, nous avons écarté de ce modeste ouvrage une étude que nous aurions pu faire au microscope. Nous n'avons fort heureusement pas eu à procéder à l'examen anatomique de malades morts porteurs de pigmentations spécifiques du cou et nous n'avions alors qu'une façon de résoudre (?) le problème,

c'eût été de faire des biopsies des lésions, ce à quoi nous n'avons pu nous résoudre, parce que nous considérons comme contraire à notre devoir médical de tromper la naïveté des malades, en leur disant qu'un prélèvement de la peau est nécessaire pour traiter leur affection et, en second lieu, parce que nous estimons que l'œuvre d'un dermatologiste est de guérir les lésions cutanées et non d'en produire pour lui servir personnellement dans ses expériences de laboratoire.

Ces restrictions faites, il nous reste une obligation bien facile à remplir, c'est d'adresser nos plus respectueux et plus sincères remerciements à M. le professeur Gaucher, en le priant d'agréer l'expression de notre profonde gratitude, pour la bienveillance toute particulière qu'il a toujours su nous témoigner sans ménagement. C'est d'ailleurs sur ces conseils que nous avons entrepris cette étude, qui est en grande partie le résultat des leçons qu'il nous a données.

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

On est étonné, en parcourant les anciens ouvrages sur la syphilis, de ne voir mentionner nulle part les pigmentations du cou. On se demande comment « une affection qui attire l'œil malgré lui par une désharmonie aussi choquante (Maireau 1884) ait pu si longtemps passer inaperçue.

Fracastor, Van Svireten, Biette, Hunter, Rayer restent muets sur ce sujet.

En 1846, Monneret, dans le *Traité de médecine pratique*, parle bien des « syphilides maculées, arrondies, d'une teinte « brunâtre, discrète, de la dimension d'une pièce de cinq francs, « qui ne sont pas accompagnées de prurit, qui apparaissent « sur le tronc, au-devant de la poitrine, à la partie antérieure « du cou, et qui surviennent en même temps que d'autres « éruptions syphilitiques ». Plus tard, Hardy, en 1854, dans une de ses leçons (*Gazette des hôpitaux*), nous dépeint également les « taches d'un gris très marqué, s'accompagnant « quelquefois d'une légère desquamation furfuracée, que l'on « rencontre surtout au cou, à la nuque et à la poitrine ». Mais il y a loin de ces descriptions schématiques à la syphilide pigmentaire que l'on étudiera plus tard et dont le diagnostic si facile est de la plus grande importance pratique.

Pour la première fois seulement, en 1855, Pillon, interne de

Cullerier à l'hôpital de Lourcine, expose, d'une façon nette, ce que sont les pigmentations du cou, dans un article paru sous le nom de « Syphilide maculeuse du cou » dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* : « Après que la « roséole, écrit-il, a parcouru ses phases, il reste sur la peau « de la région cervicale quelque chose, et ce quelque chose « mérite à beaucoup d'égards une mention spéciale et peut « recevoir le nom de syphilide maculeuse du cou. Il faut « l'avoir vue une bonne fois, pour ne plus hésiter jamais « à la reconnaître, et se convaincre, comme je l'ai fait, que, « toujours absente chez les sujets indemnes, elle est d'une « fréquence extrême, au moins chez les femmes, qui sont en « proie à la diathèse syphilitique, qu'elle est d'une ténacité, « d'une persistance tout à remarquables, qu'elle est assez visi-

« ble et assez significative, pour permettre de faire au malade « le tableau des accidents qu'il a éprouvés, en lui racontant « tout simplement la succession habituelle des accidents « syphilitiques . . . . .

« . . . . .  
« Un dessin bien exact donnerait tout au plus une idée « satisfaisante de cette manifestation, à plus forte raison, une « simple description peut-elle y être impuissante. Tâchons « qu'elle soit claire.

« Sur la peau du cou, si blanche, si fine et exempte de poils « chez la femme, la syphilide maculeuse du cou se présente « sous forme de marbrures liées les unes aux autres, circon- « scrivant des espaces sains, dont elles font ressortir la blan- « cheur assez sensiblement, pour permettre de croire, au pre- « mier abord, que ces espaces blancs sont le siège du mal et « leur donner l'apparence de plaques de vitiligo. Ces marbru- « res, sans saillies, ocrées, ou de la couleur du café au lait, ne « sont le siège d'aucune chaleur, d'aucun prurit, d'aucune « démangeaison ; les malades se doutent rarement qu'ils en « sont porteurs. Aucune desquamation, aucune efflorescence

« n'existe à leur surface ; leurs bords inégaux et mal délimités  
« se fondent graduellement, en perdant leur teinte, avec les  
« espaces intermédiaires sains. Se touchant et se confondant  
« par d'autres points de leurs contours, elles constituent une  
« sorte de réseau, qui emprisonne dans ses mailles les points  
« les plus blancs dont j'ai parlé ; enfin et presque constam-  
« ment elles entourent la totalité du cou, pour l'enfermer dans  
« un collier complet. Ce n'est plus de la roséole... ni une trace  
« de roséole, ce n'est pas une roséole modifiée par l'exposi-  
« tion permanente à l'air libre, ni un simple résultat de l'expo-  
« sition à l'air libre, cela ne peut être assimilé à la « syphilis  
« maculée » ni à la « syphilide exanthématique dite consécu-  
« tive ».

« Ce n'est pas non plus la syphilide pigmentaire qu'a  
« décrite M. Hardy dans ses précieuses leçons de l'hôpital  
« Saint-Louis ; il suffit, en effet, de lire les quelques lignes  
« qu'il consacre dans le compte rendu de ses leçons publié  
« par la *Gazette des hôpitaux* (1854) pour se convaincre que  
« la description de la syphilide pigmentaire diffère sensible-  
« ment de la syphilide maculeuse, et qu'une différence  
« notable de siège et de configuration rapproche la syphilide  
« de M. Hardy des taches syphilitiques des auteurs, en lais-  
« sant à la syphilide du cou quelque chose de particulier. »

Cette description si nette de Pilon frappa les syphiligraphes de l'époque et une polémique intéressante s'engagea entre le jeune clinicien et l'éminent dermatologiste de la Faculté de Lyon, Diday.

Celui-ci, tout d'abord, tenait bien compte des « conditions sans lesquelles les lésions n'existaient point » ; néanmoins, il ne les considérait pas comme un signe certain de syphilis et faisait intervenir comme cause prédominante du mal la chloro-anémie « si fréquente dans le sexe féminin ».

Toutefois, la victoire ne semble pas avoir été remportée par le spirituel et distingué syphiligraphe lyonnais, puisqu'il

finit par avouer sa défaite en disant : « Je termine en constatant avec plaisir l'accord qui existe entre M. Pillon et moi, pour déclarer que cette coloration morbide, telle que nous l'avons observée et décrite, ne se rencontre que chez les sujets syphilitiques. A ce titre, je m'empresse de le reconnaître, elle doit conserver toute la valeur que mon honorable et judicieux argumentateur, je voudrais pouvoir dire collaborateur, lui assigne, comme vestige durable d'antécédents plus que suspects ».

Le travail de Pillon fut repris quelque temps plus tard par Hardy dans le cours de ses leçons. Il lui donna, grâce à son autorité clinique, toute la valeur qu'il fallait y apporter et l'expression originale de « Collier de Vénus », par laquelle il désigna les lésions, est encore de nos jours très souvent employée par la plupart des auteurs. Les pigmentations, suivant lui, ne consistaient qu'en « une hyperchromie primitive due au virus syphilitique » et « dont la persistance pouvait servir à mesurer l'intensité de la diathèse ».

La découverte d'un signe clinique d'une telle importance en syphiligraphie devait fatalement provoquer des discussions parmi les dermatologistes. Dès lors, toutes les opinions furent émises aussi bien sur sa valeur pathognomonique que sur la façon dont il se manifestait au cours de la maladie.

Rollet, de Lyon, en 1865, niant la syphilide maculeuse, en attribue les taches au vitiligo ou au pityriasis versicolor.

Bazin, en 1866, ne lui accorde aucune autorité au point de vue du diagnostic de la syphilis ; il la place « à côté des végétations, dans la classe des affections qui reconnaissent à la fois pour cause la syphilis et une influence extérieure » et lui donne le nom de « vitiligo syphilitique ».

Pour Kaposi (1883), en Autriche, « la leucodermie syphilitique n'est pas, comme l'ont indiqué les premiers auteurs, un produit spécifique proprement dit de la syphilis, mais un phénomène accidentel, consécutif à l'infiltration locale occa-

sionnée par la diathèse ; en elle-même, elle n'a que la signification des décolorations analogues à celles qui, d'ordinaire, partent d'infiltrats inflammatoires et néoplasiques, en voie de résorption, et de verrues pigmentaires ».

Lewin, en 1894, affirme que « la leucodermie se manifeste chez des personnes non syphilitiques et que par suite elle n'est nullement indicatrice pour instituer le traitement anti-syphilitique » et il conclut de ses examens microscopiques qu'« elle est produite par une paralysie des chromatophores ».

A côté de ce petit nombre de sceptiques, beaucoup de syphiligraphes se montrent plus confiants dans la valeur d'un symptôme aussi net qui, malheureusement pour le diagnostic, n'est pas toujours présent. Ils discutent alors sur l'installation de la syphilide pigmentaire et étudient les phénomènes histologiques qui président à sa formation.

En 1866, le docteur italien Tanturri décrit la « syphilide à fond jaune consécutive dans les points de la peau qui ont été le siège d'une syphilide exanthématique précoce telle que la roséole » et il constate au microscope que « les taches blanches contiennent autant de pigment qu'à l'état normal ».

La même année, Lancereaux, dans son *Traité de la syphilis*, reprend la description de Pillon et Hardy.

Guibout, en 1869, lui accorde certaines modifications dues à la grossesse.

M. Fournier parle longuement dans ses leçons cliniques sur *la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme* de la syphilide pigmentaire ou éphélique : « Elle apparaît, dit-il, « primitivement et consiste en ceci : une série de marbrures « ocreuses, disposées les unes au voisinage des autres, se « touchant et se confondant pour la plupart, en enveloppant « des îlots de téguments sains, de façon à figurer sur le cou « une sorte de réseau ou de dentelle à larges mailles... On « serait tenté de considérer les parties blanches comme affectées de vitiligo. Mais ces prétendues taches vitiligineuses

« ne sont pour moi que les téguments sains restés normaux, « qu'une simple illusion d'optique fait voir décolorés ».

« A une opinion aussi nette et aussi tranchée, Neisser, en Allemagne, ne tarda pas à opposer des idées tout à fait personnelles et bien différentes de celles admises alors par la plupart des dermatologistes : « La leucodermie, écrit-il, ou « syphilide pigmentaire est une anomalie pigmentaire constituée par des taches dépourvues de pigment, plus blanches « que la peau normale, se détachant sur un fond anormalement pigmenté ; les taches blanches sont le reliquat *in situ* « d'une éruption érythémateuse ou érythématopapuleuse, « tandis que les taches foncées ne sont que le reste de la « coloration brune du cou antérieure à la syphilis ».

Le problème était donc nettement posé : il s'agissait de savoir si l'on se trouvait devant une syphilide pigmentaire primitive avec hyperpigmentation seule, ou devant une leucodermie secondaire, leucodermie simple caractérisée uniquement par des macules blanches anormales.

Tandis que Burckley, à la Société de dermatologie de New-York, Atkinson à Chicago (1878), Schwimmer dans le *Vie-ner medicin Blätter* (1880), Dürhing en Angleterre (1883), Tortora en Italie, Besnier en France, Romalo (thèse de Paris), Saintin (thèse de Paris) admettent sans restriction la façon de voir de M. Fournier, MM. Cornil (1879), Julien, Haslund, Riehl, Cooper se rangent entièrement de l'avis de Neisser et font de la syphilide pigmentaire une lésion purement leucodermique.

Bientôt naît une troisième opinion : Lesser en Allemagne (1898), Hallopeau et Leredde en France (1900) admettent une leucodermie consécutive à des lésions secondaires, mais avec hyperpigmentation des parties voisines, provenant du « rejet du pigment à la périphérie », manière de voir également soutenue par M. Thibierge et son élève Hulleu (1903) et par M. Delmas dans sa thèse de doctorat de 1904.

Cependant, un jugement éclectique se fait jour : Dürhing, en 1898, revenant sur sa première opinion, Taylor, Rosenthal, admettent une syphilide pigmentaire primitive, mais placent aussi à côté l'existence d'une leucodermie avec hyperpigmentation périphérique. Et c'est en donnant des explications dans ce dernier sens que souvent MM. Danlos et Balzer eurent l'occasion de présenter de nombreux malades à la Société de dermatologie française.

En face des deux grandes thèses opposées que nous venons d'examiner, on peut signaler quelques avis différents qui eurent d'ailleurs peu de défenseurs : de Fisson (en 1887), élève de M. Leloir, de Lille, rattache la syphilide pigmentaire à une lésion nerveuse, semblable au vitiligo.

MM. Brissaud et Souques, dans un article de la *Semaine médicale*, invoquent « la métamérie spinale et la myélomérie » pour expliquer la « disposition segmentaire des lésions pigmentées dans la syphilis ».

Michel, dans une thèse inspirée par M. le professeur Gilbert, établit un lien entre les pigmentations syphilitiques et la « chlolémie familiale ».

Julien attribue le « processus mélanogène » à une lésion des capsules surrénales.

Cependant quelques auteurs, rares d'ailleurs, font des examens histologiques. Ehrmann en Allemagne (1896), Hjelmman en Suède (1896), et Frattali en Italie (1897), sans aboutir à des conclusions fermes, permettant d'élargir nos connaissances sur les lésions macroscopiques.

On voit par cet exposé historique, peut-être un peu rapide, les nombreuses divergences de vue qui se sont produites à propos des pigmentations syphilitiques du cou. L'étude de ces lésions occupe certainement une grande place dans toute l'histoire de la syphiligraphie depuis 1855 : tour à tour les interprétations les plus variées sont mises en avant pour expliquer un phénomène d'apparence aussi bizarre à première

vue ; on est allé chercher alternativement le système nerveux, les sécrétions hépatiques ou surrénales pour tenter d'en donner une explication plus ou moins probante.

En résumé, deux grandes écoles sont aux prises : faut-il, avec les uns, admettre l'existence d'une syphilide pigmentaire primitive à proprement parler, ou, au contraire, sommes-nous en présence, comme le prétendent les autres, d'une leucodermie consécutive à une éruption préexistante ?

Ce sont ces deux théories que nous allons examiner successivement, en nous proposant de voir ensuite si la solution donnée par M. le professeur Gaucher et adoptée par tous ses élèves, en attribuant à chacun des autres systèmes sa part de vérité, est bien conforme à la réalité clinique de l'affection (1).

(1) Il est bien évident que dans cette étude historique nous n'avons pas cité tous les noms des dermatologistes qui ont parlé des pigmentations syphilitiques ; nous avons cru bon de désigner seulement les principaux parmi ceux qui ont étudié la question, en formulant des théories relatives à l'existence et la formation des pigmentations. Nous nous sommes peut-être étendu un peu trop longuement sur la description donnée par Pilon ; mais Hardy ayant été considéré à tort jusqu'ici comme le premier auteur qui ait parlé de la syphilide maculeuse du cou, nous avons pensé bien faire en réparant cette erreur qui n'avait pas encore été signalée.

## CHAPITRE II

### I. — La syphilide pigmentaire dite primitive

*(M. le professeur Fournier)*

La syphilide pigmentaire du cou a été, ainsi qu'on l'a vu précédemment, considérée tout d'abord comme une lésion syphilitique primitive. Cette manière de voir a surtout été admise en France depuis les travaux de Pilon et Hardy. Mais, sans contredit, celui qui a aidé le plus à la faire connaître, c'est M. le professeur Fournier, dont les qualités de syphiliographe et dont le nom sont à juste titre si universellement connus. Aussi est-ce la description qu'il en donna à maintes reprises, qui eut le plus d'adeptes et le plus d'autorité parmi celle de la plupart des dermatologistes ; son opinion fit loi et malgré les attaques venues principalement d'Outre-Rhin, elle fut considérée longtemps comme la seule plausible. Elle mérite d'être examinée sérieusement à tous les points de vue.

La syphilide pigmentaire, d'après l'école de M. le professeur Fournier, apparaît à la fin de la première année de la syphilis et au cours de la seconde, c'est-à-dire, au « terme moyen de la syphilis ». Fréquente chez la femme, elle est presque exceptionnelle chez l'homme ; son caractère spécial est sa localisation singulière : vingt-neuf fois sur trente (Fournier) ; elle siège sur le cou où elle se montre presque exclu-

sivement ; c'est une « bigarrure hyperchromiée » qui se produit sur la peau, sans avoir été précédée *in situ* d'aucune autre lésion extérieure : « c'est une affection pigmentaire primitive, pigmentaire d'emblée, qui naît pigmentaire, comme elle doit le rester plus tard » (1) ; ce très curieux accident s'éloigne à tous les égards des autres accidents de la vérole.

Lorsque l'on voit de loin un cou qui en est atteint, ce qui frappe en premier lieu, c'est la présence d'espaces blanchâtres, de dimensions variables, ressemblant à des « taches de bougie tombées sur une peau hyperpigmentée » (2). Si on regarde de plus près, elle consiste en ceci : « une série de taches ou de marbrures ocreuses, d'une teinte bistre, plus ou moins foncée sans forme régulière, disposées les unes au voisinage des autres, se touchant et se confondant pour la plupart en enveloppant des îlots de téguments sains de façon à figurer sur le cou, comme un réseau de dentelles ou de résilles à larges mailles ». L'intensité des marbrures est d'ailleurs variable : tantôt il faut un examen des plus attentifs, pour arriver à les discerner ; tantôt au contraire, « elles offrent une coloration d'un gris très foncé, brun, nigricant » : quelquefois encore, mais plus rarement, elles affectent « une teinte ocreuse, par association à la nuance grise d'un certain reflet jaunâtre, jaune sale » (3). Ce sont en somme « des taches et rien autre ». Elles sont ce que serait la peau, « si on l'avait maculée à l'aide d'un pinceau chargé d'un couleur jaune grisâtre : elles sont ou peu s'en faut, dit M. Fournier, en s'excusant de la comparaison, ce qu'est le cou sale de certains sujets peu soigneux ». « Interrogez les malades et toutes vous raconteront qu'elles ont pris leur lésion au début pour de simples taches de malpropreté et qu'elles se sont lavées le cou à maintes et maintes

1. Fournier, *Traité de la syphilis*, 1899.

2. Caillat, Thèse de Paris.

3. Fournier, *Des accidents parasymphilitiques*.

reprises, fort étonnées de le voir rester noir en dépit de tous leurs soins » (1).

Les taches qui constituent cette affection sont plus ou moins étendues ; elles varient de la dimension d'une lentille à celle d'un pièce de un franc. D'ailleurs la surface de chacune d'elle est assez difficile à apprécier, puisqu'elles se « touchent et se confondent et forment ainsi par fusion une sorte de nappe à réseau ».

Les îlots de téguments restés sains, encadrés par le filet maculeux, prennent de ce fait une apparence vitiligineuse. « De même qu'en peinture, un ton noir fait « valoir », comme on dit vulgairement, un ton clair avoisinant, de même ici, par opposition, par contraste, les îlots blancs des téguments sains, apparaissent plus blancs qu'ils ne le sont en réalité, et cela par le fait de leur enclavement dans des tissus de coloration foncée ». Pour le prouver, M. Fournier emploie deux arguments : l'un histologique, s'appuyant sur l'anatomie microscopique des lésions faites par Tanturri, qui a constaté que dans les points d'apparence vitiligineuse il existe autant ou plus de pigment que dans la peau à l'état normal. L'autre argument est d'ordre expérimental : Il consiste à percer un trou dans une carte de visite et à comparer par le petit orifice, les points blancs de la partie atteinte à la peau saine du reste du corps. L'expérience montre que la couleur des téguments examinés est rigoureusement semblable dans les deux cas.

Les deux principaux attributs de cette lésion, sans contestation, sont sa grande persistance et sa résistance à tous les traitements. Sa durée habituelle, dit M. Fournier, est « infiniment plus longue que celle de toutes les autres syphilides et de la plupart des manifestations diathésiques ». Elle excède toujours « au minimum une année ou deux et souvent elle

1. Fournier, *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus spécialement chez la femme*, 1884.

dépasse ce terme ; on dit même avoir vu cette affection d'une façon indéfinie, mais cette assertion ne paraît pas démontrée. Ce qui n'est pas moins singulier, c'est que les macules pigmentaires dont on parle résistent à tous les agents thérapeutiques. Les mercuriaux, particularité certes exceptionnelle en syphilis, paraissent n'exercer aucune action sur elles, ou du moins ne les modifient qu'avec une lenteur désespérante ; l'iodure de potassium ne les influence pas davantage ; cent autres remèdes internes ou externes ont été expérimentés contre elles en pure perte. Rien n'y fait ; voilà ce qui n'est que trop certain ».

Il ne faut, toutefois, pas voir là un signe de gravité de la maladie. Ce symptôme n'a pas de relation avec les syphilis malignes, contrairement à l'opinion de Pillon et Hardy. Il survient habituellement « au cours de syphilis bénignes ou de moyenne intensité ».

La lésion a une valeur pathognomonique considérable pour le diagnostic de la syphilis ; elle est d'un intérêt capital pour le clinicien. Cependant il y a quelques restrictions à faire : certains cas mentionnés par M. Fournier, d'autres communiqués à la Société de dermatologie, ou à la Société médicale des hôpitaux montrent qu'il existe des exemples où de semblables pigmentations se seraient rencontrées dans la grossesse, dans la chloro-anémie, dans la tuberculose et mêmes chez des femmes très brunes non entachées de syphilis.

Quoi qu'il en soit la syphilide pigmentaire primitive, serait, d'après ses partisans, un précieux auxiliaire pour affirmer l'existence de la spécificité sauf quelques bien rares exceptions ; « ce serait comme un brevet de syphilis inscrit sur le cou du malade » et cela parce que la syphilis « est presque seule à réaliser une pigmentation de ce siège avec les caractères si précieux, qu'on lui a reconnu ».

Cette description de la syphilide pigmentaire dite primitive ne serait pas complète toutefois, si nous n'y ajoutions une autre description due à certains auteurs : on l'a vue (Taylor

dans le *Journal of cutaneous and venereal Disease*) se présenter sous la forme de plaques rondes ou ovales, avec des bords bien nets ou irréguliers ; la couleur de ces taches était celle du café au lait, mais il était parfois nécessaire pour s'en rendre compte d'un très bon éclairage et d'une certaine position. Les plaques variaient du diamètre d'un centimètre à la largeur de la paume de la main ; quelquefois elles étaient plus petites, mais elles étaient toujours séparées par des intervalles de peau saine. M. Fournier, dans ses leçons, signale cette particularité.

En somme, autant qu'il nous est permis d'en juger, pour M. Fournier et ceux qui partagent sa manière de voir, la syphilitide pigmentaire revêtirait deux formes : l'une réticulaire très commune, l'autre maculeuse plus rare, mais toutes les deux considérées comme apparaissant d'emblée, sans être précédées *in situ* d'hyperhémie ou d'autres accidents spécifiques.

## II. — La leucodermie

(*Neisser, Haslund, Riehl, Lesser, etc* )

Presque en même temps que M. Fournier décrivait la syphilitide pigmentaire et alors que son opinion était acceptée par la plus grande partie des vénérologistes anglais, américains et français, Neisser, de Breslau, l'envisageait d'un point de vue bien différent et faisait résider les lésions non dans les macules, couleur foncée, mais dans les régions blanches, contenues dans le réseau hyperpigmenté. On se trouvait en présence, suivant lui, d'un « leucoderma syphiliticum », caractérisé par des taches blanches achromiques, consécutives à une éruption syphilitique secondaire, maculeuse ou papuleuse.

Neisser ne fut pas longtemps seul défenseur de sa théorie : de nombreux syphiligraphes l'adoptèrent ; Riehl et Haslund, en particulier l'acceptèrent bientôt et la développèrent dans

une étude détaillée avec, à l'appui, de nombreuses observations pour eux pleinement justificatives.

Quelles sont donc les caractères de cette leucodermie ? Rare chez l'homme, elle est beaucoup plus fréquente chez la femme : la proportion est de quarante-cinq femmes atteintes pour quatre hommes. La date de son apparition est dans le troisième ou quatrième mois qui suit l'infection, c'est à dire juste à l'époque où d'habitude disparaissent les premiers exanthèmes.

Elle se présente sous forme de plaques claires, assez bien délimitées, rondes ou ovalaires, disséminées sur un fond sombre de peau normale. La lésion a naturellement un aspect très variable, suivant les dimensions et le nombre des taches leucodermiques : parfois il n'existe que quelques plaques rares, assez distantes les unes des autres, d'autres fois elles sont si nombreuses, si rapprochées, qu'il n'y a entre elles qu'un réseau délicat de lignes brunes ; « l'aspect de la peau fait songer à celui d'un filet à larges mailles dont les trous représenteraient les espaces clairs, et dont les mailles correspondraient au réseau foncé ». On ne constate pas d'autre altération, ni érythème, ni desquamation, ni infiltration, ni aucun phénomène subjectif.

L'affection montre une prédilection très accusée pour le cou et surtout pour ses parties latérales et postérieures. La région cervicale étant dans la majorité des cas la seule atteinte, c'est donc sur les parties des téguments exceptionnellement riches en pigment à l'état normal, que se montre le plus souvent cette curieuse altération. Cependant, on la voit aussi, mais d'une façon très rare il est vrai, s'étendre sur la partie antérieure des aisselles, sur la poitrine, sur le dos et sur la région lombaire.

La manière dont elle se forme est expliquée par Neisser. Selon lui, après l'éruption érythémateuse ou érythémato-papuleuse et lorsque la tache de roséole ou la papule est rempla-

cée par une macule brune, il se développe autour de chaque macule une aire blanche, qui gagne à la fois vers le centre et la périphérie, fait disparaître la macule et l'étend ensuite d'une façon centrifuge ; les taches blanches ne se multiplient pas, mais en s'étendant elles deviennent confluentes et forment des plaques à contours polycycliques séparées par un réseau pigmenté. Le fond jaunâtre n'est que la coloration brune du cou antérieure à la syphilis et qui rend les taches blanches beaucoup plus visibles au cou qu'elles ne le seraient sur toute autre partie du corps.

Nous retrouvons, en somme, la description de la syphilide pigmentaire de M. Fournier mais avec cette différence essentielle et capitale que les parties considérées comme atteintes par M. Fournier sont ici admises comme tout à fait normales et vice-versa, cependant il est bon d'insister sur un détail, c'est que dans la leucodermie telle qu'elle nous est décrite par Neisser, les taches blanches ont une délimitation bien plus nette et leur aspect leucodermique semble beaucoup plus tranché que nous le montre l'étude de la syphilide pigmentaire primitive de M. Fournier. Toutefois l'opinion de Neisser a subi chez ceux qui l'avaient adoptée certaines modifications. Les taches leucodermiques ne furent pas toujours regardées comme constituant à elles seules les lésions : les macules blanches, nous dit Lesser dans son *Traité des maladies vénériennes* (1891), ont pour cause la roséole qui entraîne une diminution de pigment aux endroits où siègeait la macule érythémateuse, mais « en même temps le pigment augmente à la périphérie de la tache, absolument comme on l'observe pendant la résorption du psoriasis après un traitement par la chrysarobine » (Gleichzeitig in der Umgebung eine Zunahme des Pigmentes stattfindet, ganz ähnlich wie wir das bei der Resorption von Psoriasiseflorescenzen unter Chrysarobinbehandlung sehen). Ce n'est plus à proprement parler une leucodermie, c'est une achromie accompagnée

d'hyperpigmentation, ou mieux une « leuco-mélanodermie ». A une époque plus rapprochée de nous, MM. Hallopeau et Leredde admettent pleinement aussi l'existence de cette leuco-mélanodermie : « On a un véritable collier pigmentaire, disent-ils, d'un jaune grisâtre, au milieu duquel on trouve quelques taches rondes de coloration blanche ; une achromie existe bien réellement et constitue le fait le plus essentiel ». « Ces taches leucodermiques, disent également MM. Thibierge et Hulleu, apparaissent sur un fond nettement hyperpigmenté et sont des reliquats de roséole ou de lésions secondaires, reliquats conservant le siège, la forme et les dimensions de leurs lésions génératrices. Les taches blanches ne sont pas toujours suivant les partisans de la leucodermie, lisses et uniformes. On les rencontre souvent « plissées, d'aspect citatriciel, légèrement rugueuses et déprimées au toucher ». Elles ressemblent parfois aux vergetures que l'on rencontre ordinairement sur les téguments de l'abdomen des multipares. Suivant l'expression de MM. Danlos et Balzer, qui présentèrent de nombreux malades qui en étaient porteurs à la « Société de dermatologie », ce sont des macules atrophiques, des syphilides vergeturoïdes », consécutives toujours, *in situ*, à des lésions secondaires antérieures.

Les caractères singuliers que M. Fournier reconnaissait à la syphilide pigmentaire, sa longue durée et sa résistance aux agents thérapeutiques, la leucodermie, de l'aveu de tous ses partisans, les possède également. Néanmoins signalons certains dermatologistes heureux comme Neisser, Lesser, Julien, qui l'auraient vue souvent rétrocéder et même disparaître à la suite d'un traitement mercuriel intensif.

La valeur de la leucodermie pour le diagnostic de la syphilis est constamment admise ; tous ceux qui ont rencontré ce symptôme sont unanimes à déclarer que les pigmentations de ce genre n'apparaissent que chez des sujets atteints d'une syphilis antérieure.

Nous venons de préciser dans ce bref exposé aussi exact que possible, les deux théories qui sont en présence pour expliquer les pigmentations syphilitiques du cou, l'une, la théorie *allemande*, si nous osons nous exprimer ainsi, avec Neisser, Riehl, Lesser, etc., l'autre, la théorie *française*, avec M. Fournier et son école. Des deux côtés les syphiligraphes affirment qu'ils sont seuls dans le vrai. Ils considèrent chacun leur manière de voir comme celle qui doit être exclusivement adoptée en dermatologie.

Tâchons d'étudier l'affection de plus près et de rechercher avec M. le professeur Gaucher comment apparaissent les pigmentations. Peut-être avec cette méthode pourrions-nous avoir l'explication scientifique des divergences d'interprétation qui paraissent aussi profondes au premier abord.

### III. — Comment doit-on envisager la leucodermie et la syphilide pigmentaire ? — Pathogénie de ces affections.

Il semble extraordinaire *a priori* que les pigmentations syphilitiques du cou nous aient été montrées d'une façon aussi variée par les dermatologistes qui les ont décrites. C'est que la question est beaucoup « plus compliquée qu'elle ne le paraît de prime abord, car le syndrome de cette affection embrasse des faits très différents les uns des autres ». Bien qu'à un rapide coup d'œil les pigmentations paraissent toutes semblables quand on n'a ni assisté à leur formation, ni observé les changements successifs qu'elles ont subis, il n'en existe pas moins cependant entre elles des différences notables de couleur et de configuration.

Pour étudier un symptôme qui apparaît à si longue échéance du contact infectant, il ne suffit pas d'examiner le sujet qui en est porteur, une fois la constitution du signe définitivement

terminée ; mais il faut surprendre ce signe au moment exact où il commence à se produire et enregistrer chaque jour les progrès de son évolution.

Le problème n'est pas toujours aisé à résoudre. Pratiquement, il est difficile de suivre chaque jour un syphilitique qu'on pourra supposer devoir être atteint plus tard à une époque indéterminée d'une pigmentation dans la région cervicale : ce serait trop demander et à la complaisance du malade et à la bonne volonté du médecin qui le traite. Aussi les cas typiques, où l'on a pu surprendre la formation de ces lésions, sont-ils relativement peu fréquents par rapport au grand nombre de malades atteints et examinés dans nos services hospitaliers.

Le point capital est de savoir si l'affection est toujours consécutive à des accidents spécifiques et de connaître ensuite sa configuration et sa nature. Si l'on veut soutenir qu'une pigmentation survient d'emblée, encore faut-il toutefois pouvoir affirmer qu'elle n'a été précédée d'aucune autre lésion, si minime fût-elle. A notre avis, les observations qui ont servi à étudier la syphilide pigmentaire primitive, doivent être sujettes à caution au point de vue pathogénique en particulier. Les malades n'ont pas toujours été surveillés d'assez près ; souvent on s'en est rapporté à leur seul témoignage pour déclarer que la syphilide pigmentaire n'a été précédée *in situ* d'aucune tache, d'aucune papule, d'aucune desquamation ; et cependant combien en matière de syphilis le doute doit-il planer sur le témoignage d'un malade !

Il n'est jamais permis d'admettre comme véridique l'assertion d'un malade, qui soutient n'avoir jamais eu de taches roséoliques sur le corps, car on connaît trop les roséoles discrètes, presque imperceptibles, qui nécessitent, pour pouvoir être discernées, des artifices variés comme les verres bleu cobalt et la compression veineuse. Alors, comment oser affirmer sur l'unique bonne foi de celui qui en est porteur, qu'une

syphilide pigmentaire puisse n'avoir été précédée d'aucune tache ni d'aucune papule? Nous demandons aux partisans de la syphilide pigmentaire primitive de vouloir bien répondre à cette question.

Néanmoins, disons-le de suite, par une heureuse fortune, nous avons toujours eu à notre disposition en quantité suffisante pour notre étude des cas non équivoques et qui ne nécessitaient pas l'emploi des divers procédés que nous venons de signaler. Pour notre part, nous avons suivi à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher presque pendant deux années consécutives de nombreux accidents syphilitiques secondaires, et jamais il ne nous a été possible de rencontrer une pigmentation du cou, pour laquelle il y ait doute ou pour laquelle on ait la possibilité de dire : celle-là peut être survenue d'emblée sans avoir été précédée *in situ* d'aucune lésion préalable.

Nous repoussons donc la théorie de l'origine primitive de la syphilide pigmentaire du cou, théorie que nous ne saurions admettre d'après les faits multiples et concordants que nous avons constatés soigneusement nous-mêmes.

### 1° LA LEUCO-MÉLANODERMIE

Dans le plus grand nombre de nos observations, nous avons vu les troubles pigmentaires survenir consécutivement à l'apparition et à l'évolution de papules spécifiques sur la région cervicale. Ils sont constitués en général par des taches franchement leucodermiques disposées sur un fond jaunâtre nettement hyperpigmenté. Aussi pouvons-nous à bien juste titre, comme l'a fait M. le professeur Gaucher, réserver à ces faits le nom de « leuco-mélanodermie post-éruptive ».

La lésion, une fois qu'elle est nettement établie, se montre de la façon suivante : on aperçoit sur le cou, d'une part, des taches blanchâtres, décolorées, de dimensions variables, par-

fois d'apparence cicatricielle, qui se montrent sur l'emplacement même des papules initiales et, d'autre part, une zone brunâtre hyperpigmentée, circonscrivant les taches leucodermiques précédentes, à la façon d'un large cadre arrondi entourant un petit tableau pour mieux le faire ressortir, mais avec cette particularité que cette zone brunâtre se rejoint avec d'autres qui lui sont adjacentes sans aucune transition.

Ces lésions ne montent jamais en avant jusqu'à la région sous-maxillaire et en arrière jusqu'à la bordure du cuir chevelu, et en bas elles dépassent exceptionnellement un plan que l'on mènerait par les bords supérieurs des clavicules et l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Néanmoins, d'une façon tout à fait exceptionnelle, elles peuvent envahir par ordre de fréquence la région interscapulaire, la partie antérieure des aisselles, les épaules, le thorax, l'abdomen, les régions dorsale et lombaire et la face interne des bras et des cuisses, mais c'est à la région cervicale qu'elles sont d'une façon constante les plus marquées.

Les taches blanches ne paraissent pas toujours aussi nettement tranchées sur l'hyperpigmentation : on les voit, surtout quand elles existent depuis longtemps, se continuer insensiblement avec le réseau hyperpigmenté périphérique ; dans ce cas l'hyperpigmentation elle-même est peu apparente : pour la discerner il est nécessaire parfois de regarder le cou à « jour frisant » en se tenant à quelque distance du sujet. La différence de nuance dans l'intensité de la pigmentation qui s'étend du blanc sale au jaune brun, le nombre variable des taches, leur dimension qui peut aller de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce d'un franc permettent de juger de l'infinité des formes que l'on rencontre dans la pratique.

Lorsque la leuco-mélanodermie est peu accentuée, on la verra plus facilement et plus nettement sur les parties latérales du cou, en arrière du bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien. L'exposition à l'air libre de la région cervicale, qui ne

sera plus comprimée par les vêtements pendant quelques instants, la rendra beaucoup plus apparente encore.

Dans les cas les plus typiques, elle semble former un collier jaunâtre, couleur café au lait, parsemé de taches blanches de la grandeur d'une lentille ; mais ce collier n'a pas des limites tracées au cordeau, et il se continue avec le reste de la peau normale par des dégradations de couleur imperceptibles.

Comment se développe pathogéniquement cette leuco-mélanodermie post-éruptive ? Elle passe par les phases successives que nous allons exposer maintenant : lorsque la papule spécifique est en voie d'affaissement, il se forme autour d'elle un petit anneau blanchâtre rapidement appréciable ; puis la papule s'affaisse complètement et elle est remplacée par une macule brune, au centre de laquelle naît un petit point blanc souvent d'ailleurs à peine visible ; ensuite l'anneau augmente peu à peu d'étendue dans tous les sens et rejoint le petit point blanc que nous avons vu apparaître et qui lui aussi s'est agrandi de son côté. Cependant un phénomène inverse se produit à la périphérie ; la peau se recouvre d'une pigmentation jaune sale autour de la tache leucodermique qui succède à la papule de roséole. Signalons en passant que cette tache leucodermique, remplaçant *in situ* la papule, a toutefois des dimensions légèrement plus grandes que cette dernière.

Pour employer un terme exact après M. le professeur Gaucher, nous avons en somme, l'évolution terminée, une « leuco-mélanodermie péri et métapapuleuse ».

D'ailleurs voici deux observations qui expliquent très nettement le mécanisme de ce phénomène :

**Observation 1.** — (*Correspondant à la fiche 9126 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER, à l'Hôpital Saint-Louis*). — Madame J. B., 21 ans, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher, pour des « boutons qu'elle a sur le corps », le 19 mars 1907.

Son père et sa mère, cousins germains, sont bien portants, ainsi

que ses quatre frères et sœurs. Rien à relever en somme dans l'hérédité familiale.

La malade est originaire de Bretagne. Elle est ménagère. Elle a toujours été bien portante et bien réglée. Elle présente des taches de lentigo sur le visage et elle est très brune.

Elle s'est mariée il y a six mois; quinze jours après son mariage, elle a eu « des pertes blanches » et à ce moment elle aurait remarqué chez elle une légère adénopathie inguinale.

Il y a deux mois et demi, elle a eu une roséole papuleuse, ayant débuté, dit-elle, sur les bras, puis s'étant généralisée sur les jambes, le tronc et le cou.

Elle entra alors salle Alibert dans le service de M. le docteur Balzer à Saint-Louis, où on la soigna par des pilules de protoiodure de mercure et des injections d'huile grise. Vers le 15 février elle sortit de l'hôpital très améliorée et revint chercher des pilules tous les huit jours.

Le 19 mars, n'étant pas définitivement guérie, elle vient à la polyclinique de M. le professeur Gaucher, sur les conseils de son mari, soigné alors dans ce service pour un chancre phagédénique du méat, datant de trois mois, qu'il avait contracté dans des rapports extra-conjugaux.

La malade présente alors des lésions syphilitiques secondaires papulo squameuses, siégeant sur tout le tronc et la face interne des cuisses, mais plus abondantes dans les régions scapulaires. Sur le cou on trouve une roséole papuleuse en voie d'amélioration et qui se transforme en leuco-mélanodermie typique. Sur tout le cou, en effet, on voit les papules roséoliques affaissées entourées d'un petit anneau blanc; les papules sont remplacées chacune par une tache brune de la dimension d'une lentille, ayant elle-même à son centre un point blanc. Certaines de ces taches ont complètement disparu, en laissant une macule nettement blanche. Ces éléments sont encore rendus plus apparents par une hyperchromie de la peau, de teinte jaune sale, café au lait, qui entoure le cou à la façon d'un collier. Nous nous trouvons certainement en présence d'une leuco-mélanodermie se substituant au cou à une roséole papuleuse, leuco-mélanodermie post éruptive, ou mieux péri et métapapuleuse.

On remarque en outre quelques plaques muqueuses à la commissure



## PLANCHE I

### Leuco-mélanodermie en voie de formation

La planche ci-contre correspond à la malade examinée dans l'observation I. On remarque sur un fond hyperpigmenté les papules remplacées par une macule brune entourée d'un petit anneau achromique et contenant un petit point blanc central.

Par places ces macules ont disparu en laissant une tache blanche achromique tout à fait caractéristique.



*Imp. G. Jacques*

*P. Thevenot, Peintre*



labiale gauche et sur les amygdales palatines. A l'examen de la région ano-génitale on constate une inflammation vulvaire intense avec érythème de la face interne des cuisses, une ulcération blennorrhagique du méat et un col utérin, rouge, ulcéré, accompagné de métrite.

Sur la marge de l'anus, à gauche, il y a une exulcération indurée des dimensions d'une pièce d'un franc en voie de cicatrisation et dont le début est un peu antérieur à la roséole ; c'est là l'accident primitif, dont la confirmation nous est donnée par une pléiade ganglionnaire aux deux aînes. Il n'y a rien à signaler du côté des viscères ni dans les urines.

Le 27 mars 1907 la malade est admise dans le service salle Henri IV. Rien de nouveau ne s'est produit sauf que ses règles sont plus abondantes que d'ordinaire.

On lui fait alors comme traitement des injections vaginales de sulfate de cuivre à quatre pour mille, et des piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure tous les matins.

Le 13 avril 1907 elle sort de l'hôpital très améliorée : les lésions papulo-squameuses du tronc sont disparues en laissant des cicatrices brunâtres particulièrement apparentes aux aisselles et à la face interne des cuisses ; les plaques muqueuses sont guéries ; l'accident primitif a laissé un anneau brunâtre, entourant une partie blanche cicatricielle.

Sur le cou la plupart des macules brunâtres sont remplacées par des taches blanches. Le petit point blanc central s'est agrandi peu à peu et a été rejoint par l'anneau leuco-dermique périphérique. L'hyperchromie cervicale jaunâtre reste stationnaire ; néanmoins elle semble un peu moins apparente.

La malade continuera à se soigner par des piqûres de benzoate de mercure.

Le 18 mai elle est de nouveau examinée, les cicatrices brunâtres persistent, mais la leuco-mélanodermie est presque disparue.

**Observation 2.** — (*Correspondant à la fiche 2123 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER, à l'Hôpital Saint-Louis*). — Madame P. L., âgée de 24 ans, cartonnrière, entre à l'hôpi-

tal Saint-Louis, salle Henri IV dans le service de M. le professeur Gaucher le 5 décembre 1903.

Elle est accouchée il y a trois semaines d'un enfant bien portant ayant eu à ce moment une éruption banale de papules miliaires sur le dos des mains et sur les joues.

Actuellement elle a de l'herpès génital et une blennorrhagie intense.

Traitement : injections vaginales de sulfate de cuivre à quatre pour mille.

Elle sort de l'hôpital le 20 décembre 1903.

Le 31 mars 1906 elle rentre dans le service :

Elle a eu une fièvre typhoïde en juillet 1905 à la suite de laquelle ses cheveux et ses sourcils sont tombés

Elle a contracté la syphilis en novembre 1905 et elle s'est soignée par des pilules.

Actuellement elle présente un ganglion préauriculaire légèrement enflammé, et une leuco-mélanodermie du cou, du thorax et des épaules, en voie de constitution ; on remarque en effet dans ces régions des anneaux blancs entourant des macules brunes, ayant à leur centre un point blanc d'apparence cicatricielle ; l'hyperpigmentation en dehors des éléments leucodermiques est très accentuée.

On voit en outre des syphilides pigmentées brunes des membres supérieurs et de la région lombaire, mais sans leucodermie périphérique. A l'examen de la bouche, on constate des plaques muqueuses des commissures labiales, du bord droit de la langue et des amygdales. A la vulve on découvre des plaques muqueuses hypertrophiques en voie de cicatrisation ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Traitement : piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure et deux grammes d'iodure de potassium.

Le 7 avril 1906 la malade sort de l'hôpital sur sa demande.

Dans cette dernière observation, nous remarquons que le point blanc a une apparence cicatricielle. Souvent en effet après les papules très accentuées, principalement lorsqu'elles sont squameuses, la tache leucodermique a un aspect cicatri-

ciel, atrophique, vergeturoïde, comme l'ont fait remarquer MM. Balzer et Danlos dans maintes occasions.

Mais la leuco-mélanodermie, ne se montre pas toujours consécutivement à des lésions papuleuses ordinaires ; on la voit aussi succéder à des syphilides papuleuses miliaires, ou encore à des syphilides papulo-croûteuses. Le mécanisme de la formation est d'ailleurs exactement semblable ; les deux observations suivantes nous en donnent la preuve :

**Observation 3.** — (*Correspondant à la fiche 9070 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis.*

— Madame H. H., âgée de 22 ans, blonde, blanchisseuse, entre à l'Hôpital Saint-Louis le 11 mars 1907, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher.

Elle présente du strabisme interne congénital, une voûte polatine profonde, en plein cintre, des dents mal rangées, en somme des dysmorphies permettant d'affirmer une syphilis héréditaire.

Elle est syphilitique depuis un mois ; l'accident primitif est passé inaperçu.

Actuellement, on constate des syphilides papuleuses miliaires sur tronc, et en particulier sur le cou ; les syphilides papuleuses miliaires un peu affaissées, légèrement brunes, présentent un petit point blanc central à peine perceptible ; elles sont entourées d'un mince anneau blanc, et le cou tout entier est hyperpigmenté par une teinte jaune sale. A l'examen de la région génitale on trouve des syphilides papulo-érosives confluentes des plis inguinaux et de la vulve.

On fait à la malade des piqûres de deux centigrammes de benzoate tous les jours.

Le 16 mars 1907, la malade est très améliorée ; la leuco-mélanodermie péri et métapapuleuse du cou est de plus en plus apparente.

Le 4 avril 1907, la malade sort de l'hôpital guérie de ses syphilides papulo-érosives et miliaires, mais avec une belle leuco-mélanodermie du cou ; chez elle, cependant, les points blancs qui ont succédé à des syphilides miliaires sont tout petits.

On lui donne des pilules de Dupuytren à prendre comme traitement dans la suite.

**Observation 4.** — *Correspondant à la fiche 6103 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis.*  
— Madame P. M., domestique, entre à l'Hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 30 octobre 1904. Elle a eu une pleurésie il y a trois ans, et il y a trois mois, une fausse couche de 7 mois. L'accident primitif est complètement passé inaperçu et on peut admettre une syphilis contractée conceptionnellement. Actuellement, la malade a de la chute des cheveux, de la kératose pilaire deltoïdienne et des syphilides papulo-croûteuses du cou et du thorax avec quelques-uns de ces éléments sur le visage et le cuir chevelu. Les papules cervicales sont en voie de *dépigmentation périphérique et centrale sur un fond hyperpigmenté, jaune sale.*

L'examen de la région ano-génitale fait constater de nombreuses plaques muqueuses à la vulve et à la face interne des cuisses avec des folliculites de même nature de tous les poils du pubis, et des plaques muqueuses végétantes en nappe de toute la marge de l'anus.

Les urines contiennent des traces d'albumine.

Traitement : piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Le 16 novembre 1904, la malade sort de l'hôpital après avoir eu quinze piqûres ; on lui donne les indications nécessaires pour le traitement général de son affection dans la suite.

Comme on vient de le voir, la leuco-mélanodermie correspond assez exactement au « leucoderma syphiliticum » de Neisser, Haslund, Riehl et Lesser, sauf que d'après Neisser, Haslund et Riehl, il n'y aurait pas hyperpigmentation périphérique. Cependant l'existence de l'hyperpigmentation est tellement nette, tellement évidente que nous croyons inutile d'insister davantage, pour montrer que si elle a été niée, la raison en est toute entière dans une simple illusion d'optique.

Quand aux taches blanches, consécutives aux papules, leur apparence leucodermique est bien due à une hypopigmentation et non à une fausse interprétation de couleur produite par le contraste de l'hyperpigmentation périphérique. Si nous

nous servons du procédé de la carte de visite indiqué par M. Fournier, il nous est facile de constater que la couleur de la tache est en général bien plus pâle que celle des téguments restés sains. Néanmoins si cette expérience nous montrait une identité de coloration de la macule blanche et de la peau saine, nous devrions quand même en conclure que cette macule blanche cervicale est bien le siège d'une hypopigmentation. Il faut en effet, lorsque l'on pratique cet examen, se souvenir d'une chose fort essentielle, c'est que les téguments normaux de la région cervicale sont toujours et naturellement les plus pigmentés. Aussi lorsque la macule du cou a une blancheur égale à celle des autres parties saines de la peau, elle n'en est pas moins le siège d'une hypopigmentation en dépit des apparences.

Pour les raisons que nous venons d'indiquer l'histologie ne pourra infirmer ce que nous avançons si le microscope nous montre autant de pigment dans la tache leucodermique que dans la peau saine prélevée sur une autre partie du corps.

La leucomélano-dermie du cou postéruptive que nous examinons forme le plus grand nombre des pigmentations cervicales, comme nous le constaterons plus loin dans l'essai de statistique que nous tenterons. On remarquera également qu'elle se rencontre chez la femme dans des proportions beaucoup plus élevées que chez l'homme. Elle apparaît à tout âge et si elle survient surtout entre dix-huit et vingt-cinq ans, la raison en est que la syphilis se contracte ordinairement à cette époque de la vie où l'activité sexuelle est certainement la plus intense. On la trouve en effet aussi bien chez les personnes âgées que chez les individus jeunes, la preuve nous en est fournie par les deux observations suivantes :

**Observation 5.** — (*Correspondant à la fiche 7.849 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis*). — Madame L. M., 50 ans journalière, entre à l'hôpital Saint-

Louis, salle Henri IV, le 18 août 1906, dans le service de M. le professeur Gaucher.

Elle est malade depuis deux mois ; elle a eu à cette époque une éruption de syphilides papuleuses disséminées sur le corps.

Actuellement elle présente une roséole de retour sur la poitrine et le dos ; aux bras, surtout à la face interne, les lésions papuleuses sont encore apparentes.

Sur le cou on voit des papules squameuses en voie d'amélioration : elles sont entourées d'un mince anneau leucodermique et ont au centre un petit point blanc ; le tout ressort nettement sur une hyperpigmentation généralisée des téguments du cou.

La malade éprouve de la céphalée et perd abondamment ses cheveux.

A l'examen de la bouche, on trouve une langue fissuraire avec des érosions, et de larges plaques muqueuses de la voûte palatine.

Traitement : piqure de deux centigrammes de benzoate de mercure par jour.

Le 24 août, la malade présente un érythème dans les plis inguinaux, mais l'état général est bon.

Le 10 septembre 1906 elle sort très améliorée de l'hôpital.

**Observation 6.** — (*Correspondant à la fiche 5.612 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis*). — Monsieur V. A., âgé de 60 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 16 octobre 1905.

Il a eu un chancre syphilitique il y a quatre ans, au-dessous du frein, soigné presque immédiatement par des piqures d'huile grise dans le service de M. Danlos à l'hôpital Saint-Louis. Quinze jours après le chancre, est apparue une roséole papuleuse et des plaques muqueuses buccales, et au même moment est survenue une poussée d'eczéma généralisé.

Le malade a quitté l'hôpital au bout de deux mois et a continué de se soigner par des pilules (une par jour).

Un an environ après le chancre, il a eu deux ulcérations à la face externe de la jambe droite, traitées par des pansements humides, de

l'iode de potassium et du sirop mixte. Ces ulcérations ont duré deux mois.

En octobre 1904 il a fait un séjour de trois mois à l'hôpital Andral, pour une bronchite chronique, une poussée d'eczéma sur le scrotum et quelques syphilides papulo-squameuses ; pendant ce temps il a continué à prendre ses pilules.

Il a eu de nouveau une poussée d'eczéma en juin 1905 soignée par M. Danlos.

Actuellement il présente des placards papulo-squameux disséminés sur les bras, le dos, les aisselles et la partie supérieure du thorax au nombre d'une dizaine, des dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

On remarque au cou une *leuco-mélanodermie péri et méta-papuleuse* déjà noté par M. Danlos il y a trois ans, et sur les jambes deux cicatrices arrondies larges de deux à quatre centimètres, blanches au centre et pigmentées à la périphérie, provenant des ulcérations gommeuses anciennes. On constate en outre une petite plaque ronde d'alopécie en arrière de l'oreille gauche, quelques syphilides squameuses du cuir chevelu et du front et des syphilides papulo-squameuses du scrotum et du pli inter-fessier datant de trois semaines.

A l'examen de la bouche on trouve de la leucoplasie de la langue sur son bord gauche et sa face supérieure.

Le malade avoue qu'il est alcoolique.

Traitement : piqûres d'un centigramme de benzoate de mercure.

Le 24 octobre 1905, papulo-squameux du dos se sont affaïsés en laissant de la pigmentation.

Le 4 novembre, le malade sort de l'hôpital et reviendra se faire faire des piqûres.

Le 23 juillet 1905 il rentre dans le service ; il n'est pas revenu se faire faire de piqûres ; la *leuco-mélanodermie persiste encore depuis cinq ans*.

Actuellement, on constate une cicatrice de gomme blanchâtre au bras gauche, datant de l'an dernier, une gomme de l'avant-bras gauche dans l'aponévrose du long supinateur, une gomme suppurée du cou, survenues toutes les deux il y a quinze jours, des syphilides papulo-croûteuses du tronc assez discrètes, et des cicatrices déprimées provenant d'éléments signalés lors du précédent séjour. En outre, on

trouve une orchio-épididymite droite datant de cinq semaines ; le testicule et l'épididyme ne forme plus qu'une masse très dure et douloureuse à la pression ; le cordon spermatique est également très dur.

L'auscultation des poumons fait entendre des râles de bronchite chronique.

Traitement : piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure et deux grammes d'iodure de potassium.

Le 3 août 1906, le malade a de la stomatite mercurielle et on suspend le traitement.

Le 9 août 1906, il sort de l'hôpital non complètement guéri à cause de la fermeture de la salle.

Le 9 octobre 1906, il a encore de la stomatite et on arrête à nouveau le traitement.

Quant à l'existence de la leuco-mélanodermie chez les hérédos-spécifiques, c'est une partie de notre étude certainement des plus délicates à traiter. Néanmoins nous pouvons affirmer que, quoique fort rare, elle se rencontre parfois dans la pratique.

Dans nos recherches bibliographiques, nous avons trouvé une observation de leucodermie présentée par Rille en 1898 à la Société viennoise de dermatologie, qui semble bien provenir d'une syphilis héréditaire : il s'agissait d'une enfant de dix-huit mois présentant une leucodermie syphilitique généralisée ; chez elle, on ne relevait aucune trace de l'accident primitif permettant de supposer une syphilis acquise. Faut-il voir ici les vestiges d'une éruption secondaire héréditaire ? Rille ne le pensa pas : mais la conclusion de Rille nous paraît bien osée, car dans une autre observation (1), communiquée par M. le professeur Gaucher à la Société française de dermatologie en 1903, il semble bien que l'on ait quelques raisons pour croire à l'existence d'une leuco-mélanodermie provenant d'une syphilis héréditaire : la jeune malade de M. le profes-

1. Cette observation correspond à la fiche 639 de la clinique dermatologique de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis.

seur Gaucher était une fillette de douze ans dont le père et la mère étaient atteints de syphilis ; la polyléthalité chez ses frères et sœurs nés avant elle, ses troubles oculaires et ses dystrophies dentaires montraient que la spécificité héréditaire était bien certaine. Cette enfant présentait une leuco-mélano-dermie post-éruptive sans autres lésions pouvant faire croire à une syphilis acquise. Aussi, en présence de ce cas, pouvait-on admettre avec M. Gaucher qu'il s'agissait certainement d'une pigmentation due à une syphilis héréditaire. Cette supposition est d'autant plus légitime que chez les hérédo-spécifiques les accidents secondaires récidivent parfois jusqu'à l'âge de quinze ans. Néanmoins ces cas sont tellement exceptionnels que nous ne voulons pas engager plus loin cette discussion.

A quel moment de la syphilis apparaît la leuco-mélano-dermie ? Survenant consécutivement à des papules secondaires, elle se montre à l'époque où ces lésions ne sont plus en activité, c'est à dire environ vers le quatrième ou le sixième mois qui suit la contamination. Toutefois on peut l'observer beaucoup plus tard lorsqu'une éruption papuleuse aura récidivé tardivement après l'accident primitif.

Le temps qu'elle met à se constituer est très variable. Comme elle est le reliquat de lésions papuleuses ou papulo-croûteuses secondaires, elle ne sera définitivement établie que quand ces lésions elles-mêmes auront disparu. Une période allant d'une semaine à un mois dans les cas les plus fréquents, autant que nous avons pu nous en assurer, suffit pour son développement. Cette durée est abrégée d'ailleurs par le traitement général de la maladie.

Il nous reste maintenant à rechercher les causes de la leuco-mélano-dermie dans la syphilis : pour les uns elle proviendrait d'une lésion des capsules surrénales, pour d'autres elle relèverait d'une affection utéro-ovarienne, pour d'autres encore elle ne se rencontrerait que chez les femmes brunes dont les téguments sont plus disposés à se pigmenter.

Nous ne pouvons guère admettre ces affirmations, car il est des cas certains où elles sont toutes en défaut. Il nous est bien difficile de faire intervenir un trouble surrénal pour expliquer une lésion aussi localisée, d'autant plus que les fonctions de la glande surrénale ne sont pas encore définies et que la question est à l'étude.

L'explication fondée sur les lésions utéro-ovariennes n'est pas plus soutenable, car la leuco-mélanodermie se rencontre aussi bien chez les vierges et chez les hommes que chez les femmes atteintes de métrite ou de salpingite. Quant à l'intervention de la couleur de la peau plus foncée chez les individus bruns, elle ne peut non plus nous satisfaire, car les blonds, qui ont la peau très fine et très blanche d'ordinaire, ne sont pas davantage que les bruns exempts de leuco-mélanodermie.

A l'heure actuelle, il n'est guère possible d'élucider cette partie du problème. Il nous semble qu'il faudrait peut-être faire intervenir là une susceptibilité particulière des téguments. La grosseur de la papule ne peut pas être prise en considération, car s'il se trouve des papules fines qui laissent une leuco-mélanodermie intense, il en est de volumineuses qui ne laissent aucune trace. Les données fournies par le microscope ne nous suffisent pas davantage, car les examens histologiques faits par Hjelmann, Ehrmann, Neuman, Frattali montrent que les troubles histologiques des syphilides papuleuses, qui disparaissent en laissant une tache leucodermique, sont les mêmes que ceux des syphilides papuleuses qui ne laissent après elles aucune trace appréciable à un examen clinique.

La macule blanche serait plutôt pour nous une cicatrice intra-dermique de la papule ancienne, relevant d'une origine vasculaire, et l'hyperpigmentation le vestige d'une congestion inappréciable à l'examen clinique, comme on en trouve à la périphérie d'un point de téguments enflammés. Mais ce n'est là, bien entendu, qu'une simple hypothèse personnelle.

D'ailleurs, en ces matières, il importe de faire intervenir toujours et pour une large part la susceptibilité inhérente à chaque individu.

Nous allons, à présent, prouver l'exactitude de ce que nous venons d'affirmer par les observations suivantes :

**Observation 7.** — (*Correspondant à la fiche 1583*). — Monsieur G. E., âgé de 33 ans, entre à l'Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 29 août 1903.

Il a eu, il y a un an, un chancre induré de la verge suivi de roséole papuleuse et de plaques muqueuses, et il a été soigné à l'Hôpital Saint-Louis, salle Bichat, pendant un mois environ ; il s'est traité ensuite pendant un mois avec de la salsepareille, mais pas avec du mercure.

Actuellement, la face et le nez hypertrophié sont recouverts de syphilides tuberculeuses ; on remarque des syphilides gommeuses sur le reste du corps et des syphilides papulo-squameuses du cuir chevelu. Sur le cou on aperçoit une *leuco-mélanodermie post-éruptive*.

Traitement : iodure de potassium et piqûres de benzoate de mercure.

Le 31 août 1903, la voix est éteinte, on ne constate rien dans la gorge ; on supprime l'iodure de potassium.

Le 20 septembre, le malade est très amélioré.

Le 7 octobre, il sort de l'hôpital et continuera à se traiter par des pilules de sublimé.

**Observation 8.** — (*Correspondant à la fiche 4023*). — Madame L. A., âgée de 20 ans, brodeuse, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 18 octobre 1904.

Elle a eu une congestion pulmonaire il y a deux ans et il y a deux mois des signes très nets d'infection syphilitique sans traces d'accident primitif ; elle est accouchée depuis quelque temps d'un enfant d'apparence très saine, qu'elle allaite elle-même.

Elle reste plusieurs jours dans le service pendant lesquels on lui fait des piqûres de benzoate de mercure.

Le 30 octobre 1905, elle rentre dans le service ; elle n'a suivi aucun

traitement depuis sa sortie de l'hôpital ; en janvier 1905, elle a perdu ses cils et ses cheveux et a éprouvé des bourdonnements d'oreilles ; en juillet, elle a eu une salpingite du côté droit et des céphalées fréquentes.

Actuellement, elle présente une *belle leuco-mélanodermie post-éruptive* du cou et des kystes sébacés du cuir chevelu.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure.

Le 27 novembre, la malade sort de l'hôpital.

Le 25 avril 1907, elle revient consulter à la polyclinique pour des lésions de gale ; *la leuco-mélanodermie n'est plus apparente*, on lui donne le traitement de la gale.

**Observation 9.** — (*Correspondant à la fiche 5736*). — Madame P. M., âgée de 46 ans, couturière, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, le 19 août 1905.

Elle est seulement réglée depuis janvier 1905 et encore elle l'est très mal. Elle n'a pas eu de maladies antérieurement ; on remarque une cicatrice déprimée à droite sur le front ayant succédé à une ulcération traumatique.

Elle présente une blennorrhagie intense avec de l'urétrite, de l'herpès vulvaire datant de quelques jours accompagné d'un léger suintement.

Traitement : injections vaginales de sulfate de cuivre et application de compresses humides.

Le 21 septembre 1905, l'herpès est guéri, mais l'urétrite persiste avec la vaginité ; on continue les injections.

Le 5 mars 1907, la malade revient dans le service ; elle présente des accidents primitifs de la petite lèvre droite, des plaques muqueuses vulvaires et de la roséole ; on lui donne le traitement mercuriel.

Le 12 mars 1907, la roséole est devenue papuleuse, les plaques muqueuses persistent ; on continue le traitement.

Le 19 mars 1907, les plaques muqueuses vulvaires sont encore apparentes ; mais les papules affaissées sont remplacées sur le cou par des macules brunes entourées d'un anneau blanchâtre et ayant un point central leucodermique, le tout disposé sur un fond hyperpigmenté.

On continue le traitement.

Le 26 mars, le traitement est continué.

Le 7 mai 1907, la malade est atteinte d'une leuco-mélanodermie nettement constituée ; on lui donne comme traitement des pilules de sublimé.

**Observation 10.** — (*Correspondant à la fiche 6115*). — Madame L. G., âgée de 19 ans, entre le 30 novembre 1905 à l'Hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher.

Elle a eu une méningite à 6 ans et la rougeole à 8 ans.

A 18 ans, elle a présenté des symptômes d'appendicite, elle a éprouvé alors plusieurs crises et 5 mois après, c'est à dire en juillet 1904, on l'opéra d'appendicite et de salpingite.

Le premier contact infectant date de juillet 1905 : elle a eu à ce moment un chancre syphilitique sur le bord libre de la grande lèvre droite ; jusqu'ici elle n'a suivi aucun traitement.

Actuellement, elle présente une roséole papuleuse généralisée sur le tronc, les membres supérieurs et inférieurs, marquée surtout aux orifices pilo-sébacés des cuisses et des jambes ; elle affecte en outre de la kératose pileaire sur les membres supérieurs.

La roséole est plus abondante sur le cou, mais là les éléments éruptifs sont en voie de disparition : on trouve un petit anneau leucodermique entourant les lésions qui offrent à leur tour un point blanc en leur milieu ; le reste des téguments cervicaux est hyperpigmenté.

L'examen des parties génitales fait constater une cicatrice fortement pigmentée, reliquat de l'accident primitif, sur le bord libre de la grande lèvre droite.

Dans la bouche, il n'y a pas de plaques muqueuses, mais les amygdales palatines sont très grosses.

La malade a du coryza, elle éprouve de la céphalée, surtout pendant la nuit et des douleurs dans les genoux et les articulations tibio-tarsiennes.

L'auscultation des poumons révèle un début de tuberculose au sommet gauche.

Les urines contiennent environ un gramme d'albumine non rétractile par litre.

Traitement : piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure par jour.

Du 14 décembre 1905 au 16 février 1906, la malade offre des accidents multiples qui nécessitent fréquemment la suspension du traitement mercuriel : elle a d'abord une angine pultacée, une polynévrite des membres supérieurs et inférieurs, puis de l'entérite et une stomatite ; tout cela disparaît peu à peu ; le 16 février 1906, elle sort de l'hôpital, guérie de ses accidents secondaires, sans albumine dans ses urines ; mais on remarque sur le cou une belle leuco-mélanodermie post-éruptive.

Le 9 avril 1906, la malade revient dans le service ; elle ne s'est pas traitée depuis sa sortie, elle n'a plus d'albumine, mais elle se plaint d'étourdissements continuels. La leuco-mélanodermie persiste toujours. On donne comme traitement deux pilules de Dupuytren par jour.

**Observation 11.** — (*Correspondant à la fiche 6672.* — Monsieur A. F., âgé de 20 ans, employé de commerce, entre à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, salle Saint-Louis, le 24 février 1906.

Il n'a pas eu de maladies antérieures à part la gale il y a un mois.

Il présente actuellement une roséole intense, papuleuse ; sur le cou quelques lésions papuleuses affaissées sont en voie de dépigmentation avec hyperpigmentation périphérique.

Le malade éprouve des douleurs dans le nez et là on constate une ulcération à bord lisse du vestibule à gauche ; extérieurement la narine est rouge et indurée ; on remarque une grosse adénopathie sous-maxillaire gauche, et du larmolement continuels de l'œil gauche qui date de 15 jours.

Sur le scrotum on découvre des syphilides papulo-érosives.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Traitement : deux grammes d'iodure de potassium et piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Le 4 mars 1906, le malade sort non guéri, mais il se fera faire des piqûres de benzoate de mercure tous les jours.

**Observation 12.** — (*Correspondant à la fiche 8.505).* — Madame Ch. J., âgée de 18 ans, coiffeuse, entre salle Henri IV dans

le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis le 24 décembre 1906.

Il y a un mois elle a eu à l'orifice vaginal, du côté gauche, un chancre syphilitique, ulcéré, large comme une pièce de cinq francs, accompagné d'œdème de la grande lèvre correspondante. Depuis cinq ou six jours elle a une éruption papuleuse miliaire discrète avec quelques éléments dans la paume des mains et sur le menton. Sur le cou ces syphilides miliaires commencent à se dépigmenter à la périphérie et au centre.

On trouve en outre une petite plaque muqueuse de la langue.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure.

Le 12 janvier 1907 la malade sort très améliorée.

**Observation 13.** — (*Correspondant à la fiche 8.696*). — Madame B. M., âgée de 17 ans 1/2, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis le 21 janvier 1907.

Elle a eu la syphilis en septembre 1906 et ne s'est jamais soignée. Actuellement elle présente un reste d'éruption papuleuse généralisée avec une très belle leuco-mélanodermie cervicale, descendant jusque sur la région interscapulaire.

Elle a en outre des syphilides papuleuses hypertrophiques des grandes lèvres et une blennorrhagie datant de septembre 1906.

Traitement : piqûres de benzoate et injections vaginales de permanganate de potasse.

Les lésions secondaires s'améliorent peu à peu et le 18 mars 1907, la malade ne présente plus d'accidents en activité.

**Observation 14.** — (*Correspondant à la fiche 8.760*). — Monsieur P. H., âgé de 31 ans, journalier entre salle Saint-Louis à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher le 16 février 1907.

Il dit n'avoir jamais eu la syphilis.

Il présente une belle leuco-mélanodermie du cou avec de l'alopecie en clairière.

A l'examen de la région génitale on remarque une éruption suintante des plis inguino-scrotaux datant d'un mois et accompagnée de prurit, des plaques muqueuses du scrotum et de l'anus et une cicat-

trice du frein correspondant probablement à l'accident primitif ignoré du malade.

On trouve en outre une langue dépapillée, des plaques muqueuses de la gorge et une hypertrophie des amygdales, plus marquée à gauche.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure.

Le 17 mars 1907 le malade sort guéri de ses accidents.

**Observation 15.** — (*Correspondant à la fiche 8879*). — Madame B. M., âgée de 20 ans, brodeuse, entre salle Henri IV dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis le 25 février 1907.

Elle est chlorotique et a une syphilis datant de deux mois.

L'accident primitif est passé inaperçu.

Elle présente une éruption de syphilides papuleuses miliaires disséminée principalement sur le dos, les cuisses, les jambes et la face interne des avant bras ; elle a sur le cou une leuco-mélanodermie constituée par des macules blanches très petites ; certains des éléments miliaires sont encore en voie de dépigmentation.

On trouve en outre des condylômes de l'anus et une plaie suppurante de l'aîne droite provenant d'un coup de couteau.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure.

Le 8 mars, la malade sort très améliorée.

**Observation 16.** — (*Correspondant à la fiche 8897*). — Madame Th. M., âgée de 19 ans, mécanicienne, entre salle Henri IV dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis le 23 mars 1907.

Depuis trois mois elle est atteinte d'une syphilis qu'elle n'a pas encore soignée ; l'accident primitif est passé inaperçu.

Elle a eu une éruption papulo-squameuse généralisée, qui a laissé des macules brunes sur la poitrine et de la leuco-mélanodermie du cou.

On trouve des plaques muqueuses végétantes de la vulve et de l'anus.

Traitement ; piqûres de benzoate de mercure.

Le 27 mars, la malade a de la stomatite mercurielle et des plaques muqueuses des amygdales.

Le 2 avril 1907, elle sort très améliorée de ses accidents et de sa stomatite.

**Observation 17.** — (*Correspondant à la fiche 9061*). — Madame Ch. L., âgée de 21 ans, brune, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis le 12 mars 1907.

Elle a eu des condylômes de la vulve il y a six mois, avec des douleurs abdominales, qui ont nécessité un séjour de cinq semaines à l'hôpital Saint-Lazare; là on lui a cautérisé ses lésions génitales au nitrate d'argent.

Actuellement elle présente des papules érythémateuses généralisées ayant des dimensions comprises entre celles d'une tête d'épingle et celles d'une lentille, et qui ressemblent comme aspect à des accidents spécifiques secondaires.

L'examen des régions génitales montre une exulcération, située sur la petite lèvre droite, sans œdème ni induration, mais accompagnée d'une légère adénopathie inguinale.

Sur la voûte palatine on trouve des petites papules ovalaires mais sans caractères nets et on dit à la malade de revenir se faire examiner dans huit jours.

Le 19 mars 1907, on remarque en outre des plaques muqueuses de la gorge et on institue le traitement mercuriel par des pilules de Dupuytren.

Le 2 avril, les papules notées précédemment sont bien plus apparentes et on constate des plaques muqueuses de la langue.

Le 9 avril, la malade se plaint de maux d'estomac et on lui prescrit des piqûres de benzoate de mercure.

Le 7 mai 1907, elle n'a pas fait de piqûres, les maux d'estomac ont disparu; sur le cou on voit nettement sur les parties latérales principalement une hyperpigmentation jaune sale, parsemée de taches brunes; ces taches sont entourées d'un anneau blanchâtre et ont à leur centre un point leucodermique; certaines papules plus petites sont déjà remplacées par une macule blanche caractéristique. Sur la poitrine on remarque des taches noirâtres, non accompagnées de leucodermie.

La malade présente en outre de l'alopecie ou clairière.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure et lotion existante pour les cheveux.

**Observation 18.** — (*Correspondant à la fiche 9184*). — Madame D. J., âgée de 25 ans, plumassière, blonde, entre salle Henri IV dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint Louis le 8 avril 1907.

Elle a eu la syphilis il y a huit mois avec une roséole et des plaques muqueuses, sans traces d'accident primitif.

Depuis trois mois et demi elle présente de l'ictère, mais sans accidents cutanés ou muqueux, venu à la suite d'embarras gastrique avec nausées, vomissements bilieux et constipation.

On remarque sur le cou une leuco-mélanodermie masquée par la teinte ictérique des téguments, néanmoins le diagnostic est facile à faire avec beaucoup d'attention.

Les urines contiennent des pigments biliaires en abondance, le foie et la rate sont augmentés de volume, mais il n'y a pas de ralentissement du pouls.

Traitement : salicylate de soude et piqûre de benzoate de mercure.

Le 25 avril, l'ictère est bien moins intense, la leuco-mélanodermie est bien plus apparente.

Traitement : un centigramme de calomel.

La malade sort de l'hôpital le 14 mai sans ictère, avec une leuco-mélanodermie nettement visible.

**Observation 19.** — (*Correspondance à la fiche 9197*). — Madame T. A..., âgée de 19 ans, domestique, entre salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis le 24 avril 1907.

Elle a eu, il y a neuf mois, un bouton à la face interne de la cuisse droite et deux mois après une éruption papulo-squameuse généralisée, même à la face.

Actuellement, elle présente des syphilides impétigineuses et papulo-squameuses, principalement sur le nez, autour des lèvres et sur le cou, avec quelques éléments sur le dos et les épaules.

Elle a eu, en outre, une leuco-mélanodermie cervicale très caractérisée, s'étendant même en avant sur la poitrine et en arrière sur les régions scapulaires et interscapulaires. Les taches leucodermiques,

comme l'a bien observée la malade, ont succédé *in situ* aux syphilides papulo-squameuses antérieures.

A l'examen ano-génital, on trouve des condylômes de l'anوس et une cicatrice blanche, pigmentée à la périphérie, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, reliquat de l'accident primitif.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure.

Le 12 mai, on voit une nouvelle dépigmentation se constituer : les macules brunes qui ont succédé aux lésions papuleuses, notées à l'entrée de la malade dans la salle, commencent à se dépigmenter à la périphérie et au centre, mais au cou seulement.

Le 15 mai, la nouvelle leuco-mélanodermie continue à évoluer et à s'ajouter à la précédente.

Le 28 juin, la malade a fait une nouvelle série de piqûres de benzoate de mercure ; elle porte une très belle leuco-mélanodermie cervicale et les lésions papuleuses des autres régions ont laissé une tache brune sans dépigmentation.

**Observation 20.** — (*Correspondant à la fiche 9202*). — Madame S. B..., âgée de 16 ans 1/2, modiste, blonde, entre salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis le 22 avril 1907.

L'origine de sa syphilis est inconnue, mais elle aurait eu il y a deux mois de l'ictère et des plaques muqueuses vulvaires qui auraient guéri par des lavages d'eau de guimauve (?)

Actuellement, elle présente un cou hyperpigmenté, avec des macules brunes entourées d'un anneau blanchâtre et ayant à leur centre un petit point leucodermique.

A l'examen de la région ano-génitale, on constate des plaques muqueuses hypertrophiques sur le raphé périnéale.

Traitement : piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Le 5 mai 1907, la malade sort à peu près guérie de ses plaques muqueuses, elle porte sur le cou une leuco-mélanodermie discrète ; on lui conseille de continuer le même traitement.

**Observation 21.** -- (*Correspondant à la fiche 9223*). — Madame B. E..., âgée de 22 ans, brune, couturière, entre à l'hôpital

Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 30 avril 1907.

Elle a eu un chancre induré il y a quatre mois sur la grande lèvre droite, avec une roséole papuleuse généralisée sur toute la surface du corps. Elle est venue alors à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où on lui a donné comme traitement des pilules Dupuytren.

Il y a un mois et demi, un abcès ganglionnaire est apparu dans l'aine droite sans aucun accident, son chancre étant guéri depuis un mois, et il s'est ouvert il y a quinze jours environ.

Actuellement on voit une hyperpigmentation du cou, avec des taches leucodermiques de la grandeur d'une lentille : quelques papules roséoliques affaissées n'ont pas subi encore leur transformation leucodermique complètement : elles sont entourées d'un petit anneau très pâle et ont à leur centre un petit point de peau nettement blanche ; les taches leucodermiques signalées correspondent très exactement, comme la malade l'a remarqué, aux papules de roséole pré-existantes.

L'abcès ganglionnaire que s'était ouvert commence à se combler.

Traitement : pansement humide de l'abcès et piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Le 15 mai 1907, l'abcès de l'aine va mieux et la leuco-mélanodermie est nettement constituée.

**Observation 22.** — (*Correspondant à la fiche 9344*). — Madame C. L..., âgée de 25 ans, couturière, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis le 16 avril 1907.

Elle a eu un accident primitif de la vulve il y a deux ans, sans roséole apparente.

Actuellement elle présente des syphilides circinés du menton et des ailes du nez et des syphilides papulo-squameuses du cuir chevelu.

Sur la région cervicale on voit des anneaux leucodermiques entourant une macule brune ayant à son centre un point leucodermique, avec hyperpigmentation jaune sale périphérique.

En outre on trouve des adénopathies presque généralisées et des plaques muqueuses de la gorge.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure.

Le 23 avril 1907, la malade n'a pas suivi son traitement : elle offre les mêmes lésions que la fois précédente et en plus des plaques muqueuses végétantes de la vulve, de la fourchette et des amygdales.

Traitement : piqure de benzoate de mercure, attouchement des plaques vulvaires par de la liqueur de Labarraque avec poudrage ensuite d'oxyde blanc de zinc.

Le 7 mai 1907, la leuco-mélanodermie continue à se développer, les plaques muqueuses de la vulve persistent encore. On continue le traitement.

Le 14 juin 1907, la malade va bien, la leuco-mélanodermie cervicale est nettement établie ; le traitement interrompu depuis quelque temps est repris à nouveau.

Par les nombreux exemples que nous venons de donner, on peut conclure que la théorie allemande est en partie exacte pour expliquer la formation de certaines pigmentations du cou dans la syphilis. D'ailleurs les plus ardents défenseurs de l'origine primitive de la syphilide pigmentaire en ont convenu de bonne foi à maintes reprises, avec cette restriction que les cas invoqués constituaient toujours pour eux des exceptions à la règle. Loin de partager cette dernière opinion, nous pouvons affirmer, quitte à le justifier plus loin, que la leuco-mélanodermie est bien la pigmentation du cou qui se montre le plus fréquemment ; mais il existe d'autres pigmentations cervicales qui n'ont pas les mêmes caractères et qui reconnaissent une origine différente, comme nous allons le voir.

## 2° LA SYPHILIDE PIGMENTAIRE VRAIE

Si la leuco-mélanodermie est bien une entité morbide, il ne faudrait pas pour cela rejeter l'existence d'une syphilide pigmentaire constituée par une hyperpigmentation seule, sans lésion leuco-dermique. Par opposition à la leuco-mélanodermie, on peut, comme M. le professeur Gaucher, donner à cette nouvelle sorte de pigmentation le nom de « syphilide pigmentaire vraie ». La description de cette affection corres-

pond assez exactement à celle faite par M. le professeur Fournier, mais nous sommes obligés de nous séparer de ce dernier lorsqu'il affirme qu'elle « naît primitive d'emblée, comme elle doit le rester plus tard ».

Sans vouloir reprendre ce que nous avons exposé précédemment, disons toutefois que l'affection est constituée par des anneaux d'un jaune sale, entrecroisés sous des angles différents, limitant des îlots de peau saine, ou plus rarement caractérisée par des macules jaunâtres disposées au milieu des téguments normaux.

Tout comme la leuco-mélanodermie elle est bien précédée, ainsi que nous avons pu nous en assurer dans plusieurs cas, de lésions syphilitiques secondaires : elle se montre consécutivement à des roséoles aréolaires, ou à des roséoles maculeuses, formées uniquement par une hyperhémie locale sans différence de niveau avec les téguments périphériques. Au moment où ces roséoles disparaissent, leur couleur rosée est remplacée peu à peu par une teinte jaune claire, puis jaune sale, persistante, constituant la syphilide pigmentaire vraie. Lorsque la roséole sera aréolaire et formera des résilles à large mailles, l'on aura *in situ*, au fur et à mesure de sa transformation, une pigmentation ocreuse circonscrivant des régions de peau saines ; lorsque, au contraire la roséole sera maculeuse, la syphilide pigmentaire montrera des taches ocreuses sur un fond de téguments blancs normaux.

Voici d'ailleurs le témoignage de ce que nous avançons dans les trois observations suivantes :

**Observation 23.** — (*Correspondant à la fiche 5155 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER, à l'Hôpital Saint-Louis*). — Madame F. C..., âgée de 22 ans, lingère, entre le 1<sup>er</sup> juin 1904 à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher.

Elle a eu la scarlatine dans son enfance, sans autre maladie contagieuse.

Elle a été réglée à l'âge de 12 ans.

Il y a deux ans, elle est accouchée d'un enfant actuellement bien portant. Elle n'a jamais fait de fausse couche.

Au mois d'octobre 1904, elle a eu un chancre de la vulve ayant duré un mois et demi, avec une adénopathie inguinale. Pendant le mois de janvier 1905, elle a eu une roséole avec angine, fièvre, céphalée et un peu d'alopecie. A ce moment elle a été soignée salle Alibert, à Saint-Louis, par dix piqûres d'huile grise, et au bout d'un mois ses accidents ont complètement disparu.

Depuis elle n'a fait aucun traitement.

Actuellement elle présente une roséole circonée de retour, ayant débuté il y a six semaines sur la poitrine et s'étant étendue au cou, aux bras et aux jambes.

Cette roséole existe encore sur le tronc et les bras et elle est en voie de disparition sur les jambes ; au cou, on commence à ne plus la voir et elle laisse *in situ* une hyperpigmentation jaune sale.

On constate encore un peu de chute des cheveux et des plaques muqueuses sur les amygdales

Le rein droit est mobile ; les urines sont normales.

Comme traitement, on institue chaque jour des piqûres de benzoate de mercure (2 centigrammes).

Le 16 juin 1905, la malade sort de l'hôpital après quinze piqûres ; elle est très améliorée, la roséole a disparu, mais au cou elle a été remplacée par une syphilide pigmentaire vraie.

Le 29 novembre 1905 elle revient à la polyclinique ; elle ne s'est pas soignée depuis le mois de juin ; elle est atteinte alors de gale. On lui donne le traitement pour la gale et des pilules de Dupuytren.

Le 8 janvier 1906 elle présente une nouvelle roséole sur tout le corps, troisième roséole de retour. Cette roséole est maculeuse sur les membres inférieurs, mais circonée sur la poitrine et le dos.

La syphilide pigmentaire notée précédemment n'existe plus.

En outre la malade présente des lésions de gale eczématisées.

On lui donne le traitement de la gale et on lui fait faire des piqûres de benzoate de mercure.

Depuis on ne l'a plus revue dans le service.

**Observation 24.** — (Correspondant à la fiche 9208 de la clini-

*que dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis*). — Mme L. A..., brune, 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 4 mai 1907.

Au mois d'août 1906 elle a eu un chancre infectant de la fourchette ayant duré deux mois, avec une roséole discrète, et un peu d'alopecie.

Elle a été soignée à cette époque à l'hôpital Saint-Lazare par six piqûres d'huile grise.

Actuellement, elle présente au cou et en particulier sur les parties latérales, des anneaux pigmentés de couleur foncée, jaune bistre, d'un centimètre de large, entourant un cercle blanc de peau normale, de deux centimètres de diamètre.

Certains de ces anneaux ne sont pas complètement fermés, et on voit la peau blanche qu'ils entourent se continuer avec le reste de la peau de couleur normale, phénomène surtout visible à droite. Cependant il est à noter que la peau normale du cou est un peu plus foncée que celle du reste du corps, comme il arrive généralement. La partie antérieure du cou est indemne. Les bords des anneaux pigmentés ne sont pas tous très nettement limités ; certains sont un peu déchiquetés et envoient des dentelures pigmentées à l'intérieur du cercle de peau blanche qu'ils entourent ; d'autres sont tangents les uns par rapport aux autres, de telle façon qu'ils limitent entre eux par place des régions de peau saine.

Ces anneaux, de par leur forme, semblent occuper exactement l'emplacement d'une roséole annulaire de retour.

Ils sont moins grands dans la région interscapulaire.

Sur les épaules et la partie antérieure du thorax, la peau a sa blancheur ordinaire.

On retrouve les mêmes éléments sur l'abdomen et à la région lombaire. Là, on voit, de plus, de véritables taches pigmentées de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Le malade a en outre un peu de chute des cheveux, un abcès dentaire des molaires droites, et ses dents sont en général mauvaises.

A l'examen des parties génitales, on voit une ulcération de la petite lèvre droite, compliquée d'un bubon suppuré dans l'aîne, et de diagnostic douteux entre chancre mou ou syphilide ulcéreuse secondaire.

## CHAPTER II

### THEORY OF THE EARTH

The earth is a sphere, and its surface is covered by water. The land is divided into continents and islands. The oceans are divided into seas and oceans. The atmosphere is the layer of gas that surrounds the earth. The hydrosphere is the layer of water that surrounds the earth. The lithosphere is the layer of rock that surrounds the earth. The biosphere is the layer of life that surrounds the earth.

The earth is a sphere, and its surface is covered by water. The land is divided into continents and islands. The oceans are divided into seas and oceans. The atmosphere is the layer of gas that surrounds the earth. The hydrosphere is the layer of water that surrounds the earth. The lithosphere is the layer of rock that surrounds the earth. The biosphere is the layer of life that surrounds the earth.

## PLANCHE II

### Syphilide pigmentaire vraie annulaire

La planche ci-contre correspond à la malade examinée dans l'observation XXIV. Elle montre une syphilide pigmentaire vraie de forme annulaire définitivement établie. Il n'y a pas de taches achromiques à proprement parler et les anneaux hyperpigmentés circonscrivent des régions de peau normale d'une région incomplètement circonscrite par un anneau non fermé, se continue sans changement de teinte avec le reste des téguments restés sains.

*On peut voir le moulage du cou pigmenté au musée de l'hôpital Saint-Louis (moulage n° 2547).*



*Imp. G. Jacques*

*P. Thevenot, Peintre*



Traitement : nettoyage des dents, antiseptie de la bouche, puis piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Le 15 mai 1907, l'état de la pigmentation reste le même ; l'abcès dentaire est guéri, mais la lésion ulcéreuse de la vulve persiste sans grande amélioration. On continue le traitement mercuriel.

**Observation 25.** — (*Correspondant à la fiche 6236 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis*). — Mme P. R..., âgée de 44 ans, ménagère, vient dans le service de M. le professeur Gaucher le 9 décembre 1905.

Elle a eu sept enfants dont six sont morts en bas âge d'affections non syphilitiques.

Elle n'a pas eu de maladies importantes antérieurement.

La contagion de sa syphilis remonte à quatre mois environ, mais l'accident primitif est passé inaperçu.

Il y a trois mois, la malade est venue consulter à l'hôpital Saint-Louis et on lui a donné comme traitement des pilules qu'elle a prises pendant deux mois.

Depuis quinze jours, elle présente des syphilides papulo-ulcéreuses du cuir chevelu, des syphilides papuleuses circonscrites sur le front, à la partie interne de la paupière gauche, sur la poitrine, le dos ; on remarque encore quelques-uns de ces éléments sur les jambes et les cuisses. On trouve en outre une roséole maculeuse généralisée, en voie de disparition (probablement roséole de retour). Au cou, en particulier, les macules sont un peu moins rouges et disparaissent en laissant une tache hyperchromique, jaune sale, nettement apparente.

A l'examen de la vulve on constate une inflammation considérable de la muqueuse, accompagnée de douleurs à la miction, des plaques muqueuses des grandes lèvres, de la région périnéale et de la marge de l'anus.

L'urine ne contient ni sucre, ni albumine.

On donne comme traitement deux centigrammes de benzoate de mercure à un pour cent en injections sous-cutanée, tous les matins.

La couleur des taches blanches que nous pouvons voir au milieu des anneaux pigmentés a bien une teinte normale, malgré l'illusion que l'on a au premier regard. Si nous la comparons à la peau saine d'une autre région, nous constaterons

avec beaucoup d'attention que cette blancheur est un peu moins marquée que celle des téguments restés sains. Cela n'a rien de surprenant, car nous avons fait observer précédemment que les téguments cervicaux étaient d'ordinaire les plus pigmentés. Aussi y a-t-il lieu de ne pas nous étonner, lorsque Tantarri conclut de ses examens microscopiques, que les macules d'apparence vitiligineuse contiennent plus de pigment qu'à l'état normal.

De même que la leuco mélanodermie, la syphilide pigmentaire vraie est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme; elle survient à tout âge et se montre aussi bien chez les enfants que chez les adultes, nous en donnons la preuve par cette observation.

**Observation 26.** — (*Correspondant à la fiche 1605 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis*). — La petite fille G. J..., âgée de 10 ans est amenée le 7 septembre 1903 à la polyclinique de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis.

Elle a eu un frère qui est mort à l'âge de 4 ans.

En 1902 elle aurait eu, à la commissure labiale gauche, un « bouton » qui s'est accompagné d'un gros œdème de la région avec adénopathie sous-maxillaire.

Actuellement on ne trouve aucun stigmate de syphilis héréditaire; mais on constate une syphilide pigmentaire vraie du cou, très légère, un peu plus apparente sur les régions latérales.

La petite malade présente des plaques muqueuses opalines typiques sur la commissure labiale gauche, sur la lèvre inférieure et les amygdales avec adénopathies sous-maxillaires, cervicales et sous-occipitales.

On ne voit plus aucune trace de l'accident primitif.

L'examen des organes génitaux ne révèle rien; cependant on découvre des adénites aux deux plis inguinaux.

Le diagnostic de syphilis n'est pas douteux; c'est une syphilis acquise et non héréditaire.

Traitement : une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten par jour.

Les formes de ces pigmentations sont nombreuses ; elles varient suivant l'intensité de leur coloration, suivant l'étendue des macules qui peut avoir les dimensions de la paume de la main, ou d'après le diamètre des anneaux qui atteint parfois six et sept centimètres.

Elles occupent les mêmes sièges que la leuco-mélanodermie, elles ont la même prédisposition pour la région cervicale et c'est toujours là qu'elles sont le plus marquées lorsqu'elles sont peu nettes ou au contraire presque généralisées.

Leur constitution définitive exige une durée de quelques jours ou de six à sept semaines, durée dépendant naturellement de celle des roséoles aréolaires ou maculeuses. La rapidité de l'évolution peut parfois être inaperçue de l'observateur et c'est là sûrement la justification du nom de lésion primitive donné à l'affection par la plupart de ceux qui ont voulu l'étudier. Mais toujours, dans le service de M. le professeur Gaucher, lorsque l'on a suivi complètement son installation, on a toujours vu l'affection être précédée *in situ* d'une roséole aréolaire ou d'une roséole maculeuse.

Son apparition est un peu plus tardive que celle de la leuco-mélanodermie. Comme la pigmentation succède à des roséoles formées d'une simple hyperhémie et rien d'autre — c'est-à-dire à des *roséoles de retour* se montrant assez longtemps après l'accident primitif — on ne la verra guère qu'après le sixième mois de la contagion, à moins d'une éventualité exceptionnelle.

Ainsi que pour la leuco-mélanodermie, il ne nous est pas possible de donner à ce phénomène une explication complètement satisfaisante. Le rôle du système nerveux ne semble pas devoir être invoqué, pas plus que celui des troubles hépatiques : les malades porteurs d'une syphilide pigmentaire du

cou ne présentent d'une façon concomittante que bien exceptionnellement des accidents nerveux ou une insuffisance du foie. Si la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien, faite par M. Ravaut, est souvent positive dans les cas où l'on trouve une pigmentation syphilitique du cou, elle ne l'est pas toujours et elle ne permet pas de supposer une origine nerveuse à l'affection. Il n'y aurait là probablement qu'un reliquat d'une inflammation vasculaire due au virus syphilitique, reliquat exigeant un état particulier de l'individu lui-même pour produire la pigmentation. La formation de la syphilide pigmentaire vraie, comme celle de la leuco-mélano-dermie, est toujours consécutive *in situ* à des lésions secondaires.

Voilà tout ce que l'état actuel de la science permet d'affirmer d'une façon certaine.

Par quelques observations de syphilide pigmentaire vraie, nous allons tenter de prouver l'exactitude de ce que nous avançons :

**Observation 27.** — (*Correspondant à la fiche 1971 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER*). — M. F. J..., âgé de 30 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Saint Louis, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 21 novembre 1903.

Il a eu un chancre induré de la verge il y a trois ans, suivi de roséole et de plaques muqueuses de la gorge et de l'anüs. Il a pris chaque année pendant trois mois du sirop de Gibert et de la liqueur de van Swieten. Les plaques muqueuses ont été guéries il y a un an.

Il y a trois mois, le malade s'aperçoit qu'il a sur la voûte palatine, en arrière de l'arcade dentaire, un « bouton » de la grosseur d'une noisette ; ce « bouton » s'est ulcéré deux mois après, en produisant une communication avec les fosses nasales à gauche. En se mouchant il y a quinze jours, il a rendu deux petits sequestres ; il y a deux jours, il en a rendu un nouveau gros comme un grain d'avoine et qu'il présente.

Actuellement on trouve *une syphilide pigmentaire vraie* de la région cervicale, mais rien sur le reste du corps.

A l'examen de la cavité buccale, on constate une perforation palatine de deux à trois millimètres de diamètre, entourée d'une infiltration gommeuse sur l'étendue d'une pièce d'un franc. L'incisive médiane gauche est ébranlée et l'on voit sourdre du pus à sa racine, ainsi que par la fistule palatine, coïncidant avec un coryza datant d'un mois environ ; mais l'examen direct de la cloison nasale ne révèle absolument rien.

Traitement : deux grammes d'iodure de potassium avec des piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Le 5 décembre 1903, la perforation est presque complètement fermée ; le malade sort de l'hôpital et on lui donne à suivre le traitement mercuriel et ioduré.

Le 12 décembre 1903, il rentre dans le service et on constate un petit séquestre, qui fait saillie, engagé dans la fistule palatine.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure et deux grammes d'iodure de potassium.

Le 25 décembre, on arrête le traitement pour le reprendre le 31 décembre.

Le 8 janvier 1904, le malade a de la stomatite mercurielle ; on supprime les piqûres et on continue l'iodure de potassium.

Le 9 janvier, il se plaint que les liquides qu'il boit ressortent par la narine droite alors qu'ils ne passaient qu'à gauche ; on trouve la perforation palatine agrandie.

Le 15 janvier 1904, il sort de l'hôpital non guéri, et continuera son traitement par des pilules de Dupuytren.

**Observation 28.** — (*Correspondant à la fiche 4298*). — M<sup>me</sup> M. A..., âgée de 25 ans, couturière, entre salle Henri IV à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher le 17 décembre 1904.

Elle a eu des « pertes blanches » au mois de septembre avec une bartholinite gauche incisée à l'hôpital Necker.

Au commencement d'octobre elle a remarqué des plaques muqueuses vulvaires.

Actuellement elle a une roséole généralisée maculeuse dont le

début est passé inaperçu. Sur le cou la roséole a une forme circonée et commence à disparaître en laissant *in situ* une pigmentation jaune sale.

On remarque en outre des lésions papuleuses sur les fesses et les cuisses et des plaques muqueuses végétantes de la vulve.

La gencive inférieure et la gorge sont enflammées, mais ne présentent pas de plaques muqueuses.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure.

Le 7 janvier 1905 la malade sort très améliorée.

**Observation 29.** — (*Correspondant à la fiche 6226*). — Mme F. L..., âgée de 18 ans, fille de salle, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 4 novembre 1905.

On ne relève rien comme antécédents héréditaires et personnels.

La malade a eu un accident primitif de la grande lèvre droite en juin 1905 et en juillet des plaques muqueuses qui ont été soignées pendant un mois ; depuis elle n'a fait aucun traitement.

Actuellement on constate une roséole maculeuse généralisée à larges éléments ; au cou la roséole revêt la forme annulaire et là elle commence à disparaître en se transformant en syphilide pigmentaire vraie, annulaire.

On remarque encore de la kératose pileuse sur les épaules, les cuisses et les jambes, des plaques muqueuses des lèvres et des amygdales.

A l'examen de la région ano-génitale on trouve seulement une cicatrice dure et saillante de l'accident primitif.

En plus, on découvre des plaques muqueuses douloureuses entre les orteils et des papules psoriasiformes à la face interne et à la plante des pieds.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure.

Le 19 novembre 1905 la malade sort de l'hôpital et continuera son traitement.

**Observation 30.** — (*Correspondant à la fiche 6533*). — Mme F. A..., âgée de 20 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-

Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 13 janvier 1906.

On ne relève rien de pathologique dans ses antécédents héréditaires et personnels.

En octobre 1905 elle aurait remarqué des « boutons » à la partie moyenne de la région périnéale, des adénites inguinales, cervicales et sous-occipitales.

Elle a eu alors des douleurs articulaires dans les genoux.

Il y a un mois elle a eu des abcès dentaires, et elle a communiqué la syphilis à son ami

Actuellement elle présente de l'ictère, des syphilides papulo-squameuses du cuir chevelu et des syphilides papuleuses au pli du coude droit.

Elle a une roséole maculeuse à larges éléments sur le tronc, sur la poitrine, sur l'abdomen, sur le dos et sur les cuisses ; au cou, les macules roséoliques se sont transformées presque complètement en syphilide pigmentaire vraie maculeuse.

Le foie n'est pas augmenté de volume, ni douloureux à la pression.

A l'examen de la région génitale on trouve des plaques muqueuses du bord libre des grandes lèvres avec une blennorrhagie datant du mois d'octobre.

Dans la bouche on découvre des plaques muqueuses de la langue et de l'amygdale gauche et une fistule de la gencive supérieure ; les dents sont en très mauvais état.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, mais on y décèle des pigments biliaires.

Traitement : piqûres de benzoate de mercure, injections vaginales de sulfate de cuivre et nettoyage des dents.

La malade sort le 27 mars 1906 très améliorée ; elle se plaint de douleurs oculaires, mais on ne remarque pas de lésions appréciables des yeux ; elle a une très belle syphilide pigmentaire vraie maculeuse du cou ; elle continuera à se soigner par des pilules de sublimé.

**Observation 31.** — (*Correspondant à la fiche 6887*). — M. C. N. ., 21 ans, garçon marchand de vin, entre le 28 février 1906 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher.

Il a eu une blennorrhagie il y a cinq ans.

Au mois de janvier dernier, il a présenté un chancre sur la face cutanée du prépuce, près du bord libre, qui a laissé une cicatrice pigmentée, brunâtre, nettement indurée, avec une adénopathie bi-inguinale plus marquée à gauche.

Actuellement le malade a une roséole à larges éléments disséminés sur tout le corps, mais plus nombreux sur le tronc.

*Sur le cou, les larges macules sont moins rouges et commencent à se pigmenter.* On trouve quelques pustules d'acné dans le dos.

Le malade présente une grosse amygdale droite avec des plaques muqueuses de teinte opaline. On constate une adénopathie des ganglions cervicaux et de la chute des cheveux.

Les mains ont un peu d'asphyxie locale.

Les viscères sont normaux et les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Traitement : deux centigrammes de benzoate de mercure en injection sous-cutanée.

Le 6 mars 1906, la roséole s'atténue

Le 8 mars 1906, le malade sort guéri de ses accidents et reviendra se faire faire des piqûres ; il en a reçu huit actuellement.

Le 26 septembre 1906, il rentre pour orchite droite blennorrhagique ayant débuté au mois de mai 1906. Il dit n'avoir pas eu de blennorrhagie récente, mais il a constaté une goutte d'urétrite chronique depuis le mois de mars dernier

Actuellement on trouve une goutte urétrale le matin au réveil, mais pas d'écoulement net ; le testicule est gros, l'épididyme entièrement induré avec un peu d'hydrocèle.

Traitement : repos et piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Le 28 septembre, l'épididyme est moins dure, l'hydrocèle a diminué, pas de douleur. *La syphilide pigmentaire vraie du cou maculeuse persiste encore.*

Le 6 octobre 1906, le malade sort de l'hôpital presque guéri ; il a encore une petite induration de l'épididyme, mais elle est indolore et la miction est normale. On lui donne comme traitement des lavages de permanganate de potasse.

**Observation 32.** — (*Correspondant à la fiche 6942*). — Madame B. J., âgée de 17 ans, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, le 4 mars 1906.

Elle est syphilitique depuis février 1903.

Au mois de juillet 1903 elle a eu des adénites cervicales du côté droit qui ont été incisée en décembre 1903 et en janvier 1906 et qui ont laissé une ulcération suppurante ayant des caractères de lésions tuberculeuses.

Sur le cou on remarque une syphilide pigmentaire vraie réticulaire ayant succédé à une roséole de retour.

Traitement : cautérisation de l'ulcération et pilules de Dupuytren, Le 4 août 1906 la malade entre à l'hôpital, salle Henri IV.

Les abcès tuberculeux du cou ne sont pas guéris.

La syphilide pigmentaire du cou persiste encore.

On remarque de l'eczéma séborrhéique des cuisses, de l'aisselle droite et de la joue droite, et en outre des plaques muqueuses sur les bords de la langue.

Traitement : pansement des lésions cervicales et piqûres de benzoate de mercure.

Du 9 septembre 1906 au 8 mars 1907 la malade fait plusieurs séjours à l'hôpital tour à tour pour des plaques muqueuses, de la bronchite et des douleurs abdominales (métrite avec gros utérus) ; elle sort en très bon état le 8 mars 1907.

**Observation 33.** — (*Correspondant à la fiche 7796*). — Madame M. S., âgée de 24 ans, domestique vient consulter dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis le 30 juillet 1906.

Il y a deux ans, elle aurait eu des « boutons » à la vulve qui auraient disparu sans traitement. Il y a un an et demi elle a éprouvé des maux de gorge, elle a perdu ses cheveux et on lui a fait deux piqûres de (?), deux jours de suite.

Actuellement on remarque une syphilide pigmentaire vraie, aréolaire contenant dans ses mailles des îlots de téguments sains ; on trouve sur les cuisses des syphilides circinées et aux jambes des lésions variqueuses.

Traitement : quinze piqûres de benzoate de mercure et ensuite des pilules de Dupuytren.

**Observation 34.** — (*Correspondant à la fiche 7851*). — Madame D. C., âgée de 30 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV dans le service de M. le professeur Gaucher le 18 août 1906.

La date de la contagion syphilitique n'est pas précisée : la malade aurait eu, il y a cinq mois environ un « bouton » au périnée.

Actuellement elle souffre de céphalées très vives diurnes et nocturnes.

On constate une roséole aréolaire en voie de disparition. Sur le cou les éléments érythémateux se transforment en syphilide pigmentaire vraie aréolaire.

On trouve, en outre, de l'alopecie des sourcils et du cuir chevelu, des plaques muqueuses vulvaires, amygdaliennes et linguales, qui datent de quatre mois.

Le 25 août la malade est très améliorée.

Le 27 août 1906 elle sort de l'hôpital.

**Observation. 35.** — (*Correspondant à la fiche 9196*). — Madame J. L., 19 ans, cuisinière, brune, entre à l'hôpital Saint Louis, salle Henri IV dans le service de M. le professeur Gaucher, le 16 avril 1907,

Elle est malade, dit-elle, depuis un mois ; l'accident est passé inaperçu.

Actuellement, elle présente sur les parties latérales du cou et à la nuque une leuco-mélanodermie ; les taches blanches ont succédé il y a un mois à des éléments érythémato-papuleux ; elles ont un aspect légèrement gaufré comme les vergetures sur l'abdomen des femmes enceintes.

En outre la malade présente une syphilide pigmentaire aréolaire, vraie, généralisée au cou, très nette et qui est facile à distinguer de la leuco-mélanodermie.

Sur les membres supérieurs, sur les cuisses et les jambes, principalement à la face interne, on remarque des traces de purpura (?), disposé sur le trajet des réseaux vasculaires. Il n'y a pas de prurit, la malade aurait eu une éruption analogue il y a deux mois.

On trouve encore des plaques muqueuses vulvaires et anales, des syphilides papulo-érosives hypertrophiques au pli inguinal gauche et un grès bubon dans l'aîne droite avec tendance à la suppuration.

Traitement : ouverture de l'abcès ganglionnaire et piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Le 14 mai 1907, les lésions purpuriques sont guéries, l'abcès ganglionnaire ouvert se cicatrise, les pigmentations du cou persistent. On continue le traitement.

### CHAPITRE III

#### DUREE, FREQUENCE ET PRONOSTIC DES PIGMENTATIONS SYPHILITIQUES DU COU

La durée des pigmentations syphilitiques du cou est très variable et tout ce que l'on peut en dire, c'est qu'elle est fort longue malgré tous les efforts du dermatologiste.

D'après Fiveisky elle serait en moyenne de une à sept années d'après d'autres auteurs de deux à trois ans. Suivant les renseignements que nous avons pur ecueillir, si la leuco-mélanodermie et la syphilide pigmentaire vraie se passent quelquefois au bout de six mois, elles exigent pour disparaître le plus souvent deux ou trois années consécutives ; il en est d'ailleurs parmi elles qui sont d'une ténacité rare ; nous en avons montré un cas qui durait depuis cinq années d'existence (Observation VI) et on donne parfois le chiffre de dix ans et même davantage.

Lorsque les lésions deviennent invisibles elles s'atténuent peu à peu en intensité de coloration ; graduellement la pigmentation devient moins foncée et la macule blanche reprend une teinte normale, si bien que les téguments du cou recouvrent par degrés leur aspect antérieur. Quoique cette affection ne survienne pas chez tous les syphilitiques à la suite d'accidents secondaires papuleux ou érythémateux, elle se mon-

trent néanmoins très fréquemment et il est intéressant d'en examiner le pourcentage :

Suivant Pillon ces pigmentations se rencontreraient dans 28 0/0 des syphilitiques.

Pour Tantarri dans 26 0/0.

Pour Neisser dans 14 0/0.

Pour Saintin dans 12 0/0.

D'après la statistique que nous avons pu établir dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, nous avons trouvé ;

Parmi 9.126 malades examinés dans le service (1), 2.830 étaient atteints de syphilis.

Sur ces 2.830 malades, 785 hommes et 662 femmes avaient des accidents primitifs ou secondaires, 340 hommes et 245 femmes des accidents tertiaires, 66 hommes (ou jeunes garçons) et 87 femmes (ou fillettes) des accidents héréditaires en activité, et 493 hommes et 152 femmes avaient eu la syphilis antérieurement mais n'avaient pas d'accidents en activité ou présentaient des accidents quaternaires ou quintaires.

Nous n'avons constaté qu'une seule fois l'existence d'une leuco-mélanodermie chez une enfant syphilitique héréditaire. Par contre sur les 1.447 malades présentant des accidents primitifs ou secondaires, nous en avons vus 213 porteurs d'une pigmentation cervicale, ce qui donne une moyenne de 14,72 0/0.

Parmi ces 213 malades ayant une pigmentation cervicale il y avait 187 femmes et 26 hommes, ce qui donne la proportion de 1 homme pour 8,53 femmes.

Sur 100 hommes et sur 100 femmes 3,31 hommes et 28,26 femmes présentaient des pigmentations cervicales.

Sur 61 cas de syphilide pigmentaire vraie, il y avait 8 hom-

1. Nous parlons seulement des malades entrés dans le service ou venus consulter à la polyclinique.

mes et 53 femmes soit un homme pour 8,32 femmes et sur 152 cas de leuco-mélanodermie il y avait 18 hommes et 134 femmes ce qui fait 1 homme pour 8,79 femmes.

Enfin pour un cas de syphilide pygmentaire vraie, on avait 2,48 cas de leuco-mélanodermie.

En somme nous pouvons conclure de ces chiffres qui sont numériquement certainement au-dessous de la vérité que les pigmentations cervicales sont assez fréquentes dans la syphilis, qu'elles se montrent bien plus souvent chez la femme que chez l'homme et que les cas de leuco-mélanodermie sont plus nombreux que ceux de syphilide pygmentaire vraie. Pourquoi cette différence entre les hommes et les femmes, nous ne le savons point, c'est un fait matériel que nous constatons sans pouvoir l'expliquer.

Les pigmentations ne peuvent servir à fixer de pronostic précis pour l'évolution de la maladie ; elles se rencontrent aussi bien chez des individus atteints d'une syphilis bénigne que chez d'autres porteurs de gommès précoces ou d'accidents rebelles au traitement le plus intensif, comme on le voit dans nos observations. Elles n'ont en somme que le petit inconvénient de faire le désespoir des femmes coquettes, qui n'osent plus montrer leur cou privé de leur blancheur accoutumée.

## CHAPITRE IV

### DIAGNOSTIC

Les pigmentations syphilitiques du cou, dès qu'on les a observées à plusieurs reprises, sont d'une facilité remarquable à diagnostiquer. Parfois, il est vrai, elles sont peu apparentes, mais en prenant la précaution de regarder la région à « jour frisant », comme nous l'avons indiqué précédemment et en priant le malade de rester le cou exposé à l'air pendant quelques minutes, il n'est pas possible qu'elles passent inaperçues.

Leur localisation au cou principalement leur configuration et leur coloration sont tellement pathognomoniques, qu'aucune autre lésion, en général, n'est capable de laisser le médecin dans l'indécision, ne fût-ce qu'un seul instant.

Le chloasma s'en distingue par ses larges taches foncées, développées de préférence sur le front jusqu'à la racine des cheveux, sur les tempes, les joues et le menton ; enfin il se voit ordinairement dans la grossesse et on constate la pigmentation de la ligne blanche de l'abdomen et de l'aréole de chaque mamelon.

Dans le hâle calorique, la phthiriasé et les états cachectiques, la pigmentation est uniforme et on ne la trouve jamais interrompue par des parties blanches normales ou décolorées. Dans le pityriasis versicolor, les taches beaucoup plus fon-

cées, leur localisation au-devant de la poitrine, le prurit et les squames qui se détachent en forme de copeaux avec un « coup d'ongle » suffisent pour ne pas induire en erreur. D'ailleurs le doute serait vite dissipé par un examen microscopique, qui montrerait le *microsporum furfur* et ses nombreuses spores.

Les taches achromiques du vitiligo sont ordinairement symétriques, siègent sur les épaules, le cou, le pubis, les organes génitaux et s'accompagnent d'absence de coloration des poils et même de leur chute.

Les macules fauves de la lèpre sont associées à des troubles de la sensibilité.

Les macules nigricantes, consécutives à certaines éruptions pourront être écartées par leur teinte plus foncée et l'interrogatoire du malade. Il en est de même pour les taches d'un psoriasis guéri.

La leuco-mélanodermie sera parfois simulée par des cicatrices de pustules acnéiques accompagnées de phthriase, mais là encore les commératifs, les cicatrices plus nombreuses sur le dos, les lésions de grattages et la recherche des parasites empêcheront toute confusion.

Quelquefois les cicatrices de varicelle chez un enfant et les cicatrices de variole peuvent donner le change mais un examen plus approfondi montrera vite l'absence d'hyperpigmentation périphérique.

On nous avait signalé un cas qui simulait assez bien la syphilide pigmentaire vraie, malheureusement cette observation n'a pu nous être communiquée : il s'agissait d'une jeune femme habitant Paris, qui présentait sur le cou une pigmentation aréolaire ressemblant en tous points à une syphilide pigmentaire. Elle avait passé quelque temps au bord de la mer portant autour du cou un col en dentelle et les rayons du soleil passant à travers les espaces troués avaient déterminé cette teinte ocreuse bien spéciale ; on pouvait s'en assu-

rer aisément car les points pigmentés correspondaient exactement au réseau formé par la dentelle elle-même. Nous signalons ce fait bizarre par simple curiosité.

Ces formes de pigmentations sont-elles l'apanage de la seule spécificité et peut-on affirmer par elles seules l'existence d'une syphilis antérieure et d'une syphilis relativement récente? D'aucuns répondent par l'affirmative, d'autres au contraire le nient formellement et admettent quelques exceptions.

On cite en effet certains malades porteurs de pigmentations semblables à celles de la syphilide pigmentaire aréolaire ou de la leuco-mélanodermie et qui, paraît-il, auraient été la conséquence de la chlorose, de la tuberculose ou qui même ne pouvaient avoir comme origine aucun état morbide antérieur. Certes nous ne nions pas la possibilité d'une pigmentation due à des lésions tuberculeuses ou à la chlorose, ou simplement à l'état naturel de certains individus ; mais il nous est bien difficile d'admettre que ces pigmentations ont rigoureusement les apparences d'une syphilide pigmentaire vraie ou d'une leuco-mélanodermie post-éruptive. N'y aurait-il pas lieu plutôt de supposer une syphilis passée inaperçue ou de croire à une syphilis inavouée, malgré tous les subterfuges employés dans l'interrogatoire du sujet examiné ?.

Les deux observations suivantes peuvent venir confirmer l'opinion que nous venons d'émettre : dans la première, en effet, la malade avait observé seulement comme signe de sa maladie « un bouton » de la grande lèvre droite, et une petite ulcération de la langue et dans la seconde, elle n'avait éprouvé que des angines répétées, causées certainement par des plaques muqueuses de la gorge.

**Observation 36.** — (*Correspondant à la fiche 9201 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis.*  
— Madame M., 24 ans, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher, à l'Hôpital Saint-Louis, le 29 avril 1907.

Elle a eu il y a trois ans un bouton dur, indolore de la grande lèvre droite avec adénopathie inguinale droite, dure et indolore.

Elle présente une ulcération traumatique du bord gauche de la langue ressemblant à une plaque fauchée.

En même temps elle a de mauvaises dents et un abcès dentaire, avec une adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

L'ami de la malade est soigné à l'hôpital Ricord pour la syphilis.

Le 7 mai 1907, la malade revient dans le service ; la lésion ulcéreuse de la langue persiste avec ses mêmes caractères. On sent des adénopathies multiples le long des chaînes ganglionnaires mastoïdiennes et sous-occipitales.

On voit en même temps sur le cou de la leuco-mélanodermie qui avait passé inaperçue lors du premier examen.

On fait alors le diagnostic ferme de syphilis et on donne comme traitement des piqures de deux centigrammes de benzoate de mercure par jour.

**Observation 37.** — (*Correspondant à la fiche 1704 de la clinique dermatologique de M. le professeur GAUCHER à l'Hôpital Saint-Louis.* — Madame Th. L., âgée de 28 ans, employée de commerce, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher à l'Hôpital Saint-Louis, le 24 septembre 1903.

Elle vient pour deux furoncles siégeant sur la face dorsale du poignet et un autre sur la nuque.

En examinant la malade, on constate chez elle une syphilide pigmentaire vraie du cou très marquée.

Cependant on ne trouve pas actuellement de lésions spécifiques en activité. Le début de la syphilis est passé inaperçu ; jusqu'ici elle ne s'est pas traitée ; toutefois il y a un an, elle a eu des angines répétées qui ont duré six mois et qui ont été accompagnées de troubles laryngés.

Traitement : on ouvre les furoncles, on applique des pansements humides et on donne à la malade des pilules de Dupuytren, en lui expliquant le traitement qu'elle devra faire dans la suite.

Que l'on suppose maintenant pour ces deux dernières malades que la première ne veuille pas avouer qu'elle a eu

un « bouton », à la vulve et que la seconde n'ait pas souvenir de ses angines, ou bien que l'on suppose encore qu'elles soient tuberculeuses ou chlorotiques, on pourra alors invoquer pour leurs pigmentations une origine tuberculeuse ou chlorotique, mais on n'en sera pas moins dupe d'une fausse interprétation dans la nature des lésions.

Et cependant c'est là une question capitale, très grosse de conséquences pour l'adoption d'une nourrice par exemple ou pour un rapport médico-légal présenté en justice.

Pour notre compte, nous sommes persuadés que les pigmentations cervicales, telles que nous avons essayé de les décrire sont « un véritable certificat d'infection syphilitique » et qu'elles sont pour ainsi dire « la signature de la vérole sur le cou ».

## CHAPITRE V

### TRAITEMENT

Des traitements dans les pigmentations syphilitiques du cou, à franchement parler, il n'y en a pas plus que pour les pigmentations cicatricielles des accidents primitifs ou tertiaires.

Tout a été essayé, mais rien n'a donné de résultat appréciable.

On cite cependant quelques cas où l'on aurait obtenu de bons effets thérapeutiques. C'est ainsi que Cresswell donnait une solution d'arsenic et d'iodure de potassium au vingtième; Schvimmer aurait eu à se louer des frictions d'onguent mercuriel; Unna recommande le collodion au sublimé à 1/2 0/0 ou 1 0/0 et le savon mercuriel.

MM. Julien et Le Pileur auraient constaté de véritables guérisons par l'emploi d'injections de calomel (0,40).

Ce que nous avons observé, c'est que la lésion définitivement établie ne subit aucune influence de la part du mercure ou de l'iodure de potassium; néanmoins, lorsque les papules n'ont pas encore été transformées complètement en taches achromiques et que l'on institue un traitement énergique comme les injections de benzoate de mercure, il nous est arrivé de remarquer une constitution plus rapide de la lésion pigmentée et parfois une persistance singulièrement abrégée

et une intensité de coloration bien moins accentuée ; nous pouvons en voir un exemple dans la première observation que nous avons donnée.

En revanche il est possible d'appliquer quelques pommades pour dissimuler l'aspect gênant de l'affection ; en voici deux à cet effet qui ont été conseillées et qui rendront à l'occasion de grands services :

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| Oxyde de bismuth . . . . . | 1 gramme.   |
| Kaolin . . . . .           | 5 —         |
| Vaseline . . . . .         | 20 à 40 gr. |

ou bien

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| Oxyde de Bismuth . . . . . | 2 grammes.     |
| Amidon de riz . . . . .    | 2 —            |
| Kaolin . . . . .           | 4 —            |
| Eau de roses . . . . .     | qques gouttes. |



## CONCLUSIONS

1° Les pigmentations syphilitiques du cou, décrites pour la première fois par Pilon sous la dénomination générale de syphilide maculeuse du cou ont reçu les interprétations les plus variées :

a) Elles ont été d'abord considérées comme constituant une affection primitive non précédée d'une hyperhémie locale, ni d'aucun autre accident spécifique, et formée uniquement par une hyperpigmentation des téguments ;

b) Puis une nouvelle explication a été donnée et on les a crues formées par des taches achromiques pures ou par des taches achromiques accompagnées d'hyperpigmentation périphérique.

2° De notre discussion, ressortent les faits suivants :

a) Il existe bien réellement une affection cervicale due à des taches achromiques disposées sur un fond jaune sale hyperpigmenté, consécutives à des lésions papuleuses, papulo-squameuses ou papulo-croûteuses ; c'est la *leuco-mélanodermie post-éruptive*.

b) Il est également une *syphilide pigmentaire vraie*, provenant elle aussi, *in situ*, d'éruptions secondaires, mais d'éruptions secondaires constituées par des roséoles aréolaires ou maculeuses ; cette syphilide pigmentaire comprend deux variétés produites respectivement par les deux variétés de

roséoles précédentes : la syphilide pigmentaire vraie aréolaire et la syphilide pigmentaire vraie maculeuse ; et cette syphilide pigmentaire vraie est due uniquement à une hyperpigmentation sans leucodermie concomitante.

c) Pourquoi se produisent ces pigmentations ? c'est une question presque impossible à élucider, du moins actuellement.

3° Ces pigmentations, de durée variable mais très longue, se rencontrent fréquemment dans la syphilis. Leur proportion est beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme. Elles ne fournissent aucune indication appréciable pour le pronostic de la maladie.

4° Elles sont d'une importance capitale pour le diagnostic de la syphilis et doivent l'imposer en l'absence de toute autre manifestation.

5° Enfin le traitement n'a que peu d'influence sur elles et ne modifie en général jamais leur aspect une fois qu'elles sont établies définitivement.

VU :

*Le Président de thèse,*

ERN. GAUCHER.

VU :

*Le Doyen,*

C. DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

L. LIARD.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANDRONICO. — Sulla syphilide pigmentaria primitiva, 1885.
- ATKINSON. — Syphilide pigmentaire, Chicago, *Méd. Journ.*, octobre 1878.
- Cas de vitiligo incomplet, *Arch. of. Dermat.*, oct. 1879.
- AUDRY (de Lyon). — Syphilide pigmentaire généralisée, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890, p. 134.
- AUDRY (de Toulouse). — Maladies vénériennes.
- BALZER. — *Annales de dermatologie*, décembre 1899.
- *Annales de dermatologie*, janvier 1900.
- Macules atrophiques, *France médicale*, 1888.
- Maladies vénériennes, dans *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, fascicule VII, p. 189.
- BALZER et BARCAT. — Syphilide pigmentaire du cou et de la poitrine avec persistance des éléments maculo-papuleux au centre des espaces décolorés, *Société médicale des hôpitaux*, juin 1901.
- BALZER et DESHAYE. — Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes, *Ann. dermat.*, 1906, p. 272.
- BALZER et FAURE BEAULIEU. — Macules atrophiques post-papuleuses, *Ann. dermat.*, 1903, p. 252.
- BARCAT. — De la syphilide pigmentaire, *Thèse de Paris*, 1901.
- BARTHÉLEMY et BALZER. — Syphilides, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, p. 503.
- BAUDOUIN. — Syphilide pigmentaire (*Iconographie du musée Saint-Louis*, fasc. 42).
- Des mélanodermies, *Union médicale*, nov. 1895.
- BAZIN. — Leçons sur la syphilis et les syphilides, Paris, 1866.
- BERG. — *Monatschrift für prakt. Derm.*, 1899.

- BOCKHART. — Ueber pigment syphilis, *Monatschrift für prakt. Dermat*, p. 13, t. I, 1887.
- BRISSAUD et SOUQUES. — Disposition métamérique spinale de la syphilide pigmentaire primitive, *Semaine médicale*, 1901, p. 249.
- BULKLEY. — *Arch. of Dermat.*, 1879, p. 49.
- CAILLAT. — De la syphilide pigmentaire du cou observée dans la syphilis acquise de l'enfant, *Thèse Paris*, 1904.
- CAMPBELL. — Pigmentary syph., *Arch. of Dermat.*, 1878, p. 239.
- CARAMANOS. — Des cachexies pigmentaires diabétiques, alcooliques, etc..., *Thèse Paris*, 1897.
- CHAUVEAU. — Troubles de la pigmentation chez un syphilitique au cours d'accidents secondaires, *Ann. dermat.*, 1889, p. 17.
- CHALENÇON et REY. — Contribution à l'étude de la syphilide maculeuse chez les indigènes, *Ann. dermat.*, 1892, p. 253.
- COOPER. — Syphilis, 1895, p. 151.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.
- CRESSWELL. — *The Lancet*, 1876, t. II, p. 917.
- DANLOS. — *Société médicale des hôpitaux*, déc. 1900.
- Syphilides pigmentaires du cou chez l'homme, *Annales de dermat.*, déc. 1898.
- Syphilide pigmentaire du cou de forme exceptionnelle avec phthiriose, *Ann. Dermat.*, 1900, p. 643.
- Syphilide pigmentaire généralisée, *Ann. dermat.*, 1903, p. 345.
- Syphilis héréditaire tardive et syphilide pigmentaire, *Ann. dermat.*, 1906, p. 85.
- DANLOS et DEHÉRAIN. — Macules atrophiques syphilitiques, *Ann. dermat.*, 1906, p. 272.
- DARIER. — Syphilide pigmentaire, *Ann. dermat.*, mai 1898.
- DELMAS. — Etude de la syphilide pigmentaire du cou, *Th. Paris*, 1904.
- DIDAY. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1855, pp. 856 et 906.
- DEMIÉVILLE. — Ueber die Pigmentflecke der Haut, *Virchow's Archiv.*, t XXXI, 1880, n° 2.
- DOYON. — Sur un cas de syphilide pigmentaire généralisée, *Ann. dermat.*, 1881, p. 335.

- DRYSDALE. — Pygmentary syph., *The lancet*, 1877, pp. 730 et 826.
- DUHRING. — *Traité pratique des maladies de la peau* (trad. Barthélemy, Colson, 1883, p. 625).
- Leçons sur la syphilis (trad. Derville, 1898).
- EHRMANN. — Physiologie et pathologie du pigment de la peau, *Vierteljahresschrift f. Dermat. und syph.*, 1887.
- Le pigment mélanique et les cellules mélanogènes chez l'homme et les vertébrés, Cassel, 1896.
- *Société médicale de Vienne*, mars 1897.
- Du rôle des mélanoblastes dans la syphilis, trad. Doyon, dans *Ann. dermat.*, 1899, p. 592.
- Leucodermie syphilitique généralisée, *Wiener dermatologische Gesellschaft*, janvier 1900.
- Pathologie des syphilides et de la leucodermie, *Ann. dermat.*, 1896, p. 954, trad. Doyon.
- ENRIQUEZ et BAUER. — Syphilide pigmentaire exceptionnelle comme siège et comme étendue, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1901, p. 1363.
- ETIENNE (de Nancy). — Ephélides pigmentaires du cou, manifestation unique de la syphilis. Ephélide syphilitique, *Soc. de dermat.*, nov. 1897.
- FINGER. — La syphilis et les maladies vénériennes, traduction Doyon et Spillmann, 1900.
- FISSON (de). — Des syphilides pigmentaires en général et en particulier de la syphilide pigmentaire primitive observée chez la femme et chez l'homme, *Thèse de Lille*, 1887.
- FIVEISKY. — Contribution à l'étude des syphilides pigmentaires. Congrès des médecins russes, janvier 1891, *Ann. dermat.*, 1891, p. 418.
- FOURNIER (prof.). — *Traité de la syphilis*, Paris, 1898, p. 361.
- Affections parasymphilitiques: Paris, 1894.
- Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, 1881.
- Leucomélanodermie syphilitique, *Ann. dermat.*, 1893, p. 740.
- FOURNIER et DOMINICI. — Dyschromie cervicale anormale chez une syphilitique, *Société de dermat.*, 10 juin 1897.

- FOURNIER et HAURY. — Syphilide achromique du cou, *Société de dermatologie*, 12 mai 1898.
- FRATTALI. — Histologie de la syphilide pigmentaire, *Giornale italiano dell' malattie venerie est della pelle*, 1896, fasc. 2 p. 250 (trad. Thibierge dans *Ann. dermat.*).
- FOX. — Syphilide pigmentaire, *Ann. Journ. of méd. Sc.*, avril 1877.
- GAUCHER (prof.). — Pathogénie des pigmentations du cou dans la syphilis, *Gazette des hôpitaux*, juin 1906.
- Le chancre et les syphilides, 1907.
- GAUCHER et MILIAN. — Syphilide pigmentaire du cou et leucodermie post-éruptive, *Ann. dermat.*, février et mars 1903.
- GAUCHER et CHIRAY. — Leuco-mélanodermie cervicale hérédosyphilitique, *Ann. dermat.*, 1903.
- GEMY. — Deux cas de leuco-mélanodermie syphilitique, *Société de dermat.*, août 1894.
- Syphilide pigmentaire de forme rare, première manifestation d'une syphilis héréditaire tardive, *Ann. de dermat.*, 1898, p. 462.
- GÉMY et RAYNAUD. — Leuco-mélanodermie syphilitique chez les indigènes algériens, *Société de dermat.*, nov. 1897.
- GILBERT et LEREBoullet. — Mélanodermie des biliaires, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, mai 1903.
- GUIBOUT. — Syphilide pigmentaire, *Ann. de dermat.*, 1869, p. 451 et *Revue photographique des hôpitaux*, n° 5.
- HALLOPEAU. — Un cas de syphilide pigmentaire, *Société de dermat.*, mai 1900.
- In *Festschrift Ergänzungshefte zur Arch. für Dermatologie*, 1900.
- Sur l'existence des taches achromiques autour de la tache de rougeole, *Ann. de dermat.*, 1903, p. 226.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — Traité de dermatologie. 1900, p. 616.
- HARDY. — Syphilide pigmentaire, *Gazette des hôpitaux*, 1854, n° 34.
- Leçons sur les maladies de la peau, recueillies par Moyssant, 1860, p. 109.
- Traité des maladies de la peau, 1886.

- HASLUND. — Leucodermie syphilitique, traduc. Doyon, *Annales de dermatologie*, 1886.  
— *Ann. de dermat.*, avril 1893.
- HAZARD. — Etude sur la syphilide pigmentaire, *Th. Bordeaux*, 1892.
- HEBRA. — Syphilide pigmentaire, *Ann. dermat.*, 1891, p. 721.
- HERSCHER. — *Société de dermatologie*, déc. 1899.
- HILL. — Pigmentary syphilide, *Arch. of dermat.*, 1879, pp. 49 et 89.
- HJELMANN. — Zur Kenntniss des Leucoderma syphiliticum, *Dermat. zeitschrift*, 1897, T. V., *Ann. dermat.*, 1898, p. 711.  
— Persistance des lésions histologiques dans la syphilis, traduc. Thibierge, *Ann. dermat.*, 1897, p. 693.
- HORAND (J. et R.). — La compression veineuse comme moyen de diagnostic d'une roséole latente, *Ann. dermat.*, 1906, p. 974.
- HUDELO. — Syphilide pigmentaire généralisée, *Société de dermat.*, février 1892.
- HULLEU. — Sur l'installation de la syphilide pigmentaire, *Ann. dermat.*, oct. 1903.
- JULIEN. — Traité des maladies vénériennes, 1879.  
— Curabilité de la syphilide pigmentaire, *Ann. dermat.*, 1896, p. 608.
- KAPOSI. — Maladies de la peau, traduit. Besnier et Doyon, 1891.
- KAUFMANN. — Leucodermie syphilitique, *Société berlinoise de dermat.*, mai 1891.
- KLEIN. — Leucodermie syphilitique, *Th. Paris*, 1903.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, p. 145.
- LAURENT. — Etude sur un cas de pseudo-syphilide pigmentaire chez un tuberculeux, *Th. Paris*, 1897.
- LEGRAIN. — Note sur un cas de syphilide pigmentaire, *Ann. dermat.*, 1900, p. 780.
- LELOIR. — Trophonévrose, *Diction. de médecine et de chirurgie pratique*, 1886.
- LESSER. — Traité des maladies vénériennes, trad. Bayet, Bruxelles et Paris, 2<sup>e</sup> édit., 1901.  
— Leucodermie syphilitique, *Ann. dermat.*, 1898, p. 196.

- LEWIN. — Pigmentation syphilitique de la nuque, *Société berlinoise de dermat.*, janvier 1893.
- De la leucodermie, *Société berlinoise de dermat.*, déc. 1894.
- Ueber das Leucoderma, *Ann. de la Charité*, XVIII<sup>e</sup> année.
- MAIREAU. — Syphilis et prostituées et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire primitive, *Thèse Paris*, 1884.
- MALHERBE. — Deux cas de syphilide pigmentaire chez l'homme, *Gaz. méd. de Nantes*, déc. 1895.
- MAROTTE. — Contributions à l'étude des pigmentations pathologiques, *Th. Paris*, 1896.
- MARCOU. — Leuco-mélanodermie syphilitique, *Thèse Paris*, 1898.
- MICHEL. — Mélanodermies biliaires, *Th. Paris*, 1902.
- MICHELSON. — *Thèse de Leipzig*, 1884.
- MONNERET. — *Compendium de méd. pratique*, 1846, T. 8, p. 50.
- MONTMÉJA (de). — Modifications que peut subir la coloration des éruptions syphilitiques par la grossesse, *France médicale*, 1873, p. 331.
- NEISSER. — Ueber syphilitische Leukoderma (A. S. D. 1883)
- La leucodermie syphilitique, *Ann. de dermat.*, 1889, p. 185.
- NEUMAN. — Modifications de la peau après la disparition des éruptions syphilitiques, *Ann. dermat.*, 1885, p. 737.
- *Société viennoise de dermat.*, mars 1891.
- NIVET. — Macules atrophiques cutanées ayant succédé à la résorption interstitielle d'une syphilide secondaire, *Ann. de dermat.*, 1887, p. 641.
- PARROT. — Syphilide maculeuse et syphilide en plaques, *Progrès médical*, 1878.
- PETRESCO — Syphilide pigmentaire réticulaire du cou, *Th. Paris*, 1901.
- PILLON. — De la syphilide maculeuse du cou, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1885, n<sup>os</sup> 47 et 51.
- *Thèse de Paris* sur les exanthèmes syphilitiques, 1857.
- PIRROCHI. — Syph. discoloration of the skin. *Arch. of dermat.*, 1876, III, p. 82.
- RAVAUT. — Liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques, *Ann. dermat.*, 1903.

- RENAULT. — Considérations relatives à la syphilide pigmentaire, *Ann. dermat.*, 1891, p. 707.
- REY et CHALENÇON. — Contribution à l'étude de la syphilis maculeuse chez les indigènes, *Ann. de dermat.*, 1892.
- RIEHL. — Zur Kenntniss der pigmentes in menschlichen Haar Vierteljahr f. Dermat., 1884, p. 33.
- RILLE. — Leucodermie syphilitique, *Ann. dermat.*, 1898, p. 1157.
- ROLLET (de Lyon). — Traité des maladies vénériennes, 1863.
- ROMALO. — Syphilide pigmentaire chez l'homme, *Th. Paris*, 1885.
- ROSENTHAL. — Syphilis pigmentosa, *Ann. dermat.*, 1893, p. 760.
- SAINTIN. — Etude de la syphilis pigmentaire primitive, *Th. Nancy*, 1884.
- SIEMEN. — De la syphilide pigmentaire et de sa valeur diagnostique, *Th. Paris*, 1895.
- SCHWIMMER. — Pigment syph. *medicin. Blätter*, 1880, n°s 17, 18 et 20, traduct. *Ann. de dermatol.*, 1881, p. 604.
- TANTURRI. — De la syphilide pigment., *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 26.
- TAYLOR. — The pigmentary syphilide, *The New-York med. journ.*, février 1893 et *Ann. dermat.*, 1893, p. 790.
- On the pigmentary syphilide, *Journ. of cutaneous and venereal diseases*, avril 1885.
- TENNESON. — Traité clinique de dermatol, Paris, 1893.
- Vitiligo et syphilis, *Ann. de dermat.*, 1889, p. 345.
- THIBIERGE. — Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire, développée chez un tuberculeux. *Société de dermat*, février 1897.
- Sur les relations du vitiligo et de la syphilis. *Ann. dermat.*, 1905, p. 128.
- TORTORA. — Un caso abbastanzararo di syfilide pigmentaria areolata, Morgagni, 1886, p. 248.
- UNA. — Histopathologie der Hautkrankt, 1894.
- WEIL. — *Thèse de Paris*, 1904.



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                     | Pages |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION. . . . .                                                                               | 1     |
| CHAPITRE PREMIER. — Historique . . . . .                                                            | 5     |
| CHAPITRE II. — I. — La syphilide pigmentaire dite primitive                                         | 13    |
| II. — La leucodermie . . . . .                                                                      | 17    |
| III. — Comment doit-on envisager la leuco-<br>dermie et la syphilide pigmentaire ?                  |       |
| Pathogénie de ces affections . . . . .                                                              | 21    |
| 1° La leuco-mélanodermie . . . . .                                                                  | 23    |
| 2° La syphilide pigmentaire vraie. . . . .                                                          | 47    |
| CHAPITRE III. — Durée, fréquence et pronostic des pigmen-<br>tations syphilitiques du cou . . . . . | 62    |
| CHAPITRE IV. — Diagnostic . . . . .                                                                 | 65    |
| CHAPITRE V. — Traitement . . . . .                                                                  | 70    |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                                               | 72    |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                                                             | 74    |
| PLANCHE I.                                                                                          |       |
| PLANCHE II.                                                                                         |       |





